Rok XXVI. Kraków, 28 Maja 1887. Nr. 22.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n/W.

Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Drugi przypadek przedstawiał wgłobienie znaczne jelita cienkiego i ślepego. Mężczyzna bardzo silny, 39-letni, zapadł 4 dni przed wstąpieniem do mego zakładu nagle na bóle po lewéj stronie brzucha bez jakiéjkolwiek wiadoméj przyczyny; wnet pojawiły się wymioty, które wraz z bólem wzmagały się gwałtownie; stolca nie było, ciepłota wzrastała. Brzuch znalazłem znacznie wzdęty; w okolicy pępka uwydatniało się już dla wzroku ku lewéj stronie podłużne wywyższenie, które jako oporny guz palcami wyczuć było można; ponad nim odgłos stłumiony; w jamie brzusznéj wyraźny wysięk. Po lewatywie Hegarowskiéj wydobył się zamiast stolca płyn zgnilizną cuchnący, krwisto zabarwiony. Rozpoznawszy po tych oznakach wgłobienie, wykonałem operacyję jeszcze tego dnia. Brzuch otworzyłem w smudze białéj cięciem 16 cm. długiém. Otrzewna była w stanie zapalnym; w jamie brzusznéj wysięk krwisto-surowiczy. Dopiero przez uciskanie wgłobienia od dołu i wyciąganie wgłobionego jelita ku górze udało się wgłobienie usunąć, rozdzieliwszy poprzednio jeszcze palcem wprowadzonym pomiędzy *intussusceptum* i *suscipiens* zlepy zapalne pomiędzy temi częściami istniejące. Jelito wgłobione miało barwę ciemno-czerwoną, zwłaszcza w miejscu dolnego odgięcia. Po oczyszczeniu jamy brzusznéj i odprowadzeniu jelit zamknięto jedwabnemi szwami ranę w ścianach brzusznych. W kilka godzin późniéj umarł operowany.

W 3cim przypadku było skręcenie w jelicie esowatém prawdopodobnie obok gruźlicy. Chora ta, 17-letnia panienka, wątłego zdrowia, już 3 lata przedtém miewała boleści w lewéj stronie brzucha; stolec u niéj zawsze bywał oporny. Jako przyczynę skręcenia obwinia chora dźwignięcie kosza z bielizną, gdyż zaraz potém uczuła gwałtowny ból w brzuchu po lewéj stronie. Od téj chwili stolec nie nastąpił mimo użycia środków rozwalniających i lawatyw. Brzuch wzdymał się coraz więcéj, a boleści rozprzestrzeniły się na cały żywot. 5go dnia pojawiły się wymioty, które nie ustały po przepłukaniu żołądka. Przy operacyi otworzyłem brzuch w smudze białéj od pępka aż do łona. Jelita były bardzo wzdęte, na otrzewnie zapalenie, w jamie brzusznéj wysięk surowiczo-włóknisty. Jelita z powodu wzdęcia nacinałem, poczém nieco zapadły. Po zaszyciu miejsc naciętych wprowadziłem rękę do jamy brzusznéj i znalazłem skręcenie jelita esowatego takie, iż koniec okrężnicy zstępującéj znajdował się przed odbytnicą. Po odkręceniu wzdęcie jelit zmniejszyło się, lecz mimo to zaszycie brzucha nie było łatwe z powodu ciągle wypadających jelit. Wieczorem tego samego dnia otrzymałem po lawatywie stolec. Przez następną dobę chora miała się względnie dobrze, zwłaszcza nie mieliśmy podwyższonéj ciepłoty, lecz trzeciéj nocy chora bardzo jest niespokojną, wystąpiły osobliwsze kurczowe ściągania twarzy i karku, a także i ciepłota wzniosła się nad stan prawidłowy. Objawy te wzrastały aż do bezprzytomności; wreszcie wystąpiły wybitne kurcze połączone z przeraźliwemi wykrzykami ostremi, urywanemi. Zgon nastąpił 5go dnia po operacyi. Poprzednio jeszcze raz ukazał się stolec. Badania pośmiertnego nie dokonano, gdyż nie uzyskaliśmy pozwolenia, lecz wydawało się nam, że przyczyną śmierci była gruźlica opon mózgowych. Laparotomija sama niewątpliwie do zgonu się nie przyczyniła.

W 4tym przypadku wykonałem laparotomiję po za moim zakładem w Kongresówce i ztąd nie mogę dokładnego podać przebiegu choroby. O ile wiem, był to chory 50-letni, który po kilkogodzinnéj wycieczce konnéj na pola poczuł silny ból w brzuchu, lecz który już i przedtém nie czuł się zupełnie zdrowym. Do bolów dołączyły się wymioty, wreszcie nastą-

piły wymioty kałowe. Chorego ujrzałem dnia 5go lub 6go; znalazłem go bardzo wycieńczonego; brzuch wzdęty; wymioty kałowe co chwila. Zgodnie z kolegami Drem Cholewińskim i radzcą zdrowia Drem Kaczorowskim, którzy mnie do laparatomii zawezwali, uznałem operacyję jako jedyny ratunek. Brzuch otworzyłem w smudze białéj powyżéj i poniżéj pępka w długości mniéj lub więcéj 20 cm. Jelita wzdęte gwałtownie wydobywały się z jamy brzusznéj, lecz zdołano je przytrzymać; otrzewnę ich pokrywał wysięk surowiczo-ropiasty. Po wprowadzeniu ręki nie można było znaleźć miejsca zaciśniętego; dla tego naciąłem w dwóch miejscach jelita i po wypuszczeniu treści zaszyłem natychmiast nacięcia. Dla pewnego odszukania przeszkody poleciłem jednemu z obecnych kolegów przytrzymać pochwycone w dowolném miejscu jelito i rozpocząłem od tego miejsca przesuwać jelita pomiędzy palcami, część po części wydobywając, tylko jednę pętlę po za jamę brzuszną i po zbadaniu zaraz napowrót ją wkładając. Postępowanie takie nie jest nowe; zalecał je już w r. 1872 Hulke, a następnie Mikulicz. Ponieważ ku górze nie spotkałem nic nieprawidłowego, zwróciłem się do miejsca, zkąd badanie rozpocząłem, naznaczonego palcami pomagającego kolegi i przesuwałem podobnie dolne części jelita; wtedy napotkałem pętlę, któréj z jamy brzusznéj wydobyć nie mogłem nawet po silniejszém ciągnięciu. Idąc za jéj śladem ręką w jamę brzuszną, dotarłem aż do małéj miednicy, lecz i wówczas nie mogłem uwolnić przytrzymanéj pętli, ani nawet wyczuć, jakim sposobem i w jakiém miejscu jest przytrzymaną. Ponieważ chory bardzo był już zapadł i dopiero po zastrzyknięciu eteru nieco sił nabrał, zamknąłem szybko jamę brzuszną, aby zgon na stole operacyjnym nie nastąpił; w dolnym kącie rany ścian brzusznych zrobiłem odbyt nieprawidłowy. Po kilku godzinach chory zmarł. Badanie pośmiertne dokonane jeszcze téj samej nocy wykazało, że mała miednica była od wielkiéj miednicy oddzielona grubą błoną wrzekomą w kształcie przepony. Jelito przez otwór téj błony wsunęło się było do małéj miednicy i przyczepiło się w niéj. W odbytnicy napotkaliśmy kilka owrzodzeń, z których dwa prawie przegryzały całą ścianę i tylko wysiękiem włóknistym zdawały się oddzielone od otrzewny. Powód zaciśnięcia wyjaśniłem sobie w ten sposób, iż owrzodzenia w odbytnicy sprowadziły ropne ograniczone zapalenie w małéj miednicy, które się odgraniczyło ową błoną wrzekomą; w tym téżto czasie chory czuł się niezdrowym i tylko z wysiłkiem starał się zadośćuczynić obowiązkom. Podczas konnéj jazdy wytworzył się przez pęknięcie otwór w odgraniczającéj błonie, przez co ropa dostała się do jamy brzusznéj i wznieciła zapalenie otrzewny; równocześnie w ten sam otwór wsunęła się pętla jelita i tam uwięzła lub odgięła się. Że laparotomija pozostała bez skutku w tym przypadku, to nic dziwnego. Korzystniéj nawet było dla chorego, iż nie zdołałem uwolnić przytrzymywanego w małéj miednicy jelita, gdyż wówczas ropa zapewne byłaby się rozlała do jamy brzusznéj i wznieciła zapalenie otrzewny. Stosunki te rozpoznane przed operacyją byłyby raczéj wskazywały enterostomiję; czyby ta operacyja jednak lepszy skutek odniosła, wątpić można.

O 5tym przypadku także tylko pobieżne podać mogę szczegóły, gdyż i ten przypadek operowałem po za zakładem. Byłoto 14-letnie dziewczę, u którego już od 5ciu dni istniały objawy zaciśnięcia jelit obok objawów zapalenia w okolicy jelita ślepego. Cieplota była nieco podwyższoną, tętno szybkie i słabe; stolca nie było; brzuch mocno wzdęty. W prawéj stronie brzucha aż ku kości łonowéj odgłos stłumiony i większa oporność. Objawy zaciśnięcia jelit nic zmniejszyły się ani po wypłukaniu żołądka, ani po lawatywie, która stolca nie sprawiła. Ze zgodą Dra Grothego, który mnie do choréj zawezwał, wykonałem laparotomiję, wnosząc, że w miejscu stłumionego odgłosu napotkam wysięk ropiasty i to odgraniczony. Cięcie wykonałem po prawéj stronie nieco wypukło na zewnątrz i dotarłem przecinając pojedyncze warstwy do jelita ślepego zlepionego z otrzewną ściany brzusznéj. Oddzielając ostrożnie zlepione powierzchnie wpadłem nagle ku dołowi do jamy, z któréj wydobywała się mocno cuchnąca ropa w znacznéj ilości. Jamę tę odgraniczały jelito ślepe, wyrostek robaczkowy i najniższa część jelita biodrowego (*ileum*), lecz żadne z nich nie okazywało przedziurawienia. Jelito odgięte było w jedném miejscu i przytykające części otrzewny zlepione tak, iż odgięcie to w połączeniu z wysiękiem można było uważać za przeszkodę do swobodnego przechodzenia kału. Rozłączyłem zlepione jelita i sprostowałem zagięcie. Włożywszy gruby sączek do jamy, w któréj ropę zastałem, zaszyłem ranę. O dalszym przebiegu dowiedziałem się tylko tyle, iż wyleczenie wprawdzie bardzo powoli postępowało, lecz że obecnie operowana całkiem jest zdrowa.

6ty przypadek stanowił noworodek kilka dni mający. Wnet po urodzeniu spostrzeżono, że stolec wcale się nie pojawia. Ojciec, sam operator z powołania, przekonawszy się, że odbyt u dziecka prawidłowy i że przezeń dość wysoko wsunąć można cewnik giętki, przyniósł do mnie chore niemowlę, sądząc, że może jakie zaciśnięcie jelit nieznaczne istnieje, które usunąć będzie można. Po otwarciu brzucha napotkaliśmy stan nader zawikłany. Główna część jelita cienkiego była ze sobą zlepiona w pęk prawie nie do rozłączenia, a w jedném miejscu około 4 cm. długiém kanał jelitowy wcale nie istniał; jelito było w tém miejscu tylko taśmą. Treść jelita stanowiły bardzo twarde, okrągłe, drobne kulki kałowe, około których ściana jelita mocno była obciśniętą; przez to jelito było podobne do paciorków. Wycięliśmy zabliźnioną część jelita i najwięcéj pozlepiane pętle, razem około 25 cm. i staraliśmy się wydobyć z jelit twarde kałowe kulki, które tylko z natężeniem wytłoczyć było można przez przecięte końce jelita. Dziecko po zeszyciu końców jelita i zamknięciu brzucha żyło tylko jeszcze kilka godzin.

Ostatni (7my) przypadek operowałem również po za moim zakładem. Chory podeszłego wieku cierpiał już od dawna na zatrzymanie stolca, a pewnego dnia okazały się objawy zamknięcia światła jelitowego. Badając chorego znalazłem brzuch wzdęty obok wymiotów kałowych; siły żywotne bardzo słabe. Po otworzeniu brzucha napotkałem, czego się przedtém już spodziewałem, nowotwór rakowaty w ścianach jelita esowatego jako przyczynę zamknięcia. Nowotwór z otoczeniem pozrastany nie był odpowiedni do resekcyi, założyłem więc odbyt nieprawidłowy w dolnym kącie rany ścian brzusznych. Chory w kilka dni późniéj umarł. (Dok. n.)

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał Prof. Dr. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21)

Doświadczenia Braida nabrały rozgłosu od czasu jak zostały przeniesione na grunt francuski, a mianowicie, gdy w r. 1859 Velpeau [9]) w imieniu Broki wystąpił w Akademii

nauk z referatem o hypnotyzmie, znowu znaleźli się liczni zwolennicy, pomiędzy którymi najpoważniejsze miejsce zajmuje Dr. Philipps (Durand de Gros). Zjawiska te zwróciły także uwagę fizyjologów, np. Brown Séquarda i wielu lekarzy (Charpignon, Guérineau i i.). Próbowano stósować hypnotyzm jako środek znieczulający podczas operacyj chirurgicznych i wykonano nawet amputacyję [10]), co już zresztą stosowano przedtém i w Anglii (Joly, Fanton). Sposób ten widocznie okazał się nie zupełnie odpowiednim, gdyż następnie prób podobnych wcale zaniechano.

W r. 1866 występuje Dr. Liébeault [11]) z teoryją fizyjologiczną: Skupienie myśli na jednéj idei snu sprawia unieruchomienie ciała, przytłumienie zmysłów, zatrzymanie myśli i niezmienność stanów świadomości. Sen hypnotyczny nie różni się od snu zwyczajnego, tak pierwszy, jak i ostatni zależą od unieruchomienia uwagi i skupienia myśli. Liébeault szczególną uwagę zwraca na poddawanie w stanie hypnotycznym i stosuje hypnotyzm do leczenia rozmaitych cierpień.

W r. 1873 Czermak [12]) bada analogiczne zjawiska u zwierząt i rozszerza znacznie doświadczenia A. Kirchera z r. 1646. Zjawiska te w późniejszéj pracy Preyer nazwał katapleksyją i za przyczynę ich u zwierząt uważa przestrach.

W r. 1875 Karol Richet zwraca na nowo uwagę lekarzy na hypnotyzm i przeważnie zajmuje się psychiczną stroną somnambulizmu.

Od roku 1878 w Salpêtrière rozpoczął doświadczenia Charcot przeważnie na kobietach histerycznych. Badania własne Charcota, a przeważnie jego uczniów, znacznie się przyczyniły do spopularyzowania téj kwestyi. Zastósowano nowe sposoby hypnotyzowania i starano się klasyfikować zjawiska; tak zauważono, iż światło silne wywołuje katalepsyję, nagła ciemność letarg, a naciskanie lub tarcie ciemienia, stan somnambuliczny. W r. 1879 zjawia się na arenie Duńczyk Hansen, który posługując się metodą usypiania Braida był jednocześnie zwolennikiem teoryi magnetyzmu zwierzęcego. Doświadczenia Hansena nie przedstawiały nic nowego, były raczéj powtórzeniem doświadczeń Braida, lecz w Niemczech, Rosyi i w Austryi zwróciły na siebie powszechną uwagę. Od tego czasu badania hypnotyzmu zajęły daleko szersze koło. Z odczytami lub artykułami opartemi na własnych doświadczeniach występują tacy uczeni jak: Heidenhain [14]), Preyer [15]), Grützner [16]), Berger [17]), Weinhold [18]), Ruhlmann [19]), Opitz [20]) Bäumler [21]) i inni. Głównem jednak ogniskiem badań hypnotycznych w ostatnich latach stała się Francyja. Oprócz pracowni Charcota profesorowie w Nancy utworzyli osobne ognisko i zajęli się nietylko kwestyją zmian fizyjologicznych we śnie hypnotycznym lecz także psychicznych i zastósowaniem hypnotyzmu do terapii. Na czele tych badaczy stoją Bernheim, Beaunis, Dr. Liébeault.

W ostatnich czasach zwrócono znowu uwagę szczególniéj w szkole Charcota na działanie magnesów, metalów, lekarstw w zalutowanych rurkach (a więc z odległości pewnéj) przeważnie w stanie hypnotycznym, przez co pole doświadczeń jeszcze bardziéj się rozszerzyło.

Niezależnie od kwestyi hypnotyzmu powstały i rozwijały się dwie inne, a mianowicie kwestyje dotyczące spirytyzmu i odgadywania myśli, te obie kategoryje zjawisk również mają dużo stycznych punktów z hypnotyzmem. Oczywiście, że w skutek tego rzecz znacznie się skomplikowała, ilość rozmaitych objawów wzrosła do olbrzymich rozmiarów. W niniejszéj pracy zamierzam podać tylko główne cechy tych zjawisk, o ile one przez ścisłych badaczy zostały zbadane i znaleźć dla nich najprawdopodobniejsze wytłumaczenie, oparte na faktach zdobytych przez fizyjologiję doświadczalną.

Główną cechą stanu hypnotycznego, w jakikolwiek sposób go wywołano, jest stan podobny do snu zwyczajnego, przynajmniéj na pierwszy rzut oka i mniejsze lub większe ograniczenie lub zupełne ustanie świadomości. Już z przytoczonego rozbioru historycznego można widzieć, jak rozmaite są sposoby wywoływania tego stanu. Samo zestawienie tych sposobów wyjaśnia nam do pewnego stopnia, gdzie musimy szukać właściwéj przyczyny stanu hypnotycznego. Z jednéj strony stan ten można wywolać przez rozmaite słabe podniety, na które mniéj lub więcéj skupia się uwaga osoby hypnotyzowanéj: pasy, lekki ucisk najrozmaitszych części ciała, jednostajne dźwięki lub tony, gładzenie twarzy lub głowy, nawet czesanie grzebieniem, z drugiéj strony przez silne podniety, jak na przykład nagłe oświetlenie elektrycznem światłem, nagłe przejście od światła do zupełnéj ciemności itp.; prócz tego Faria, a w nowszych czasach Bernheim i inni wywołują w wielu przypadkach ten stan tylko rozkazując zasnąć lub zamykając powieki i spokojnie podpowiadając badanéj osobie, iż ma zasnąć, że będzie czuła ociężałość w powiekach, zmęczenie w oczach, że już zasypia itp., nakoniec osoby już hypnotyzowane z czasem nabywają zdolności samousypiania się bez najmniejszych wpływów ze strony drugiéj osoby, wprost w skutek skupienia uwagi na myśl, że mają zasnąć. Podobne przykłady opisało wielu badaczy. Pomiędzy kilku osobami, które miałem sposobność ostatniemi czasy obserwować w Krakowie, posiada jedna tę zdolność w zupełności. Bernheim wspomina, że niektóre osoby nawet niehypnotyzowane podczas chloroformowania usypiają wprzód, nim ma czas wystąpić sen narkotyczny i tłumaczy to w ten sposób, że osoby takie zasypiają snem hypnotycznym, również w skutek skupienia uwagi na myśl, iż mają zasnąć. U osób już hypnotyzowanych można akt zasypiania nawiązać do najrozmaitszych zjawisk, np. do pewnego słowa wypowiedzianego przez jakąkolwiek osobę, do dźwięku bicia zegara, wypicia wody, dotknięcia jakiegoś przedmiotu itp. W ogóle wystarczy, aby hypnotyzowany miał wyobrażenie o śnie i jakąkolwiek czynność związaną przez kogokolwiek z tém wyobrażeniem, przez hypnotyzera lub inną osobę, jeśli ta inna wypowiada z równą pewnością jak hypnotyzer, jak o tém przekonać się miałem możność sam na jednym z moich uczniów. Beaunis [22]) przytacza przykład zasypiania pewnéj hypnotyczki w jego nieobecności, któréj przed wyjazdem z Nancy zapowiedział, iż ilekroć będzie miała chęć spania, ma powiedzieć sobie: „uspij pan mnie“.

Taka rozmaitość sposobów wywoływania snu hypnotycznego już z góry daje możność przypuszczenia, że: albo wszystkie te sposoby mają coś wspólnego, co jest właściwą przyczyną zjawiska, albo żaden z nich nie jest przyczyną, a właściwa przyczyna leży w pewném zjawisku, które im towarzyszy. W obec faktu samousypiania możemy przypuścić, że tém zjawiskiem jest chwilowe skupienie uwagi na myśl, że sen ma nastąpić; to skupienie uwagi ze strony hypnotyzowanéj osoby może towarzyszyć wszystkim wymienionym wyżéj czynnościom; właściwie więc przyczyna, wywołująca stan hypnotyczny, nie leży zewnątrz organizmu, nie polega na rozmaitych podnietach, za które należy uważać wszystkie rękoczyny, jak dotychczas sądzą niektórzy fizyjologowie, lecz zawiera się w samym organizmie i polega na skupieniu uwagi na pewne wyobrażenie. Czy to wyobrażenie musi koniecznie

łączyć się z myślą o śnie, tego stanowczo twierdzić nie można, lecz w każdym razie nie podlega najmniejszéj wątpliwości, że wystąpienie stanu hypnotycznego nie zależy od wpływów zewnętrznych i że dodatnie znaczenie tych wpływów polega tylko na tém, iż one pomagają do podtrzymania uwagi osoby hypnotyzowanéj na pewném jedyném wyobrażeniu. Prawda, przeciwko temu przemawiałyby przypadki hypnotyzowania we śnie, lecz nasamprzód fakty te nie są liczne i znaczna część ich dotyczy osób już poprzednio hypnotyzowanych, powtóre, niektórzy autorowie spostrzegali, że w czasie hypnotyzowania osoba śpiąca na chwilę się budzi choć niezupełnie i że właściwe hypnotyzowanie odbywa się w stanie półsennym, a więc stan hypnotyczny może powstać w skutek téj samej przyczyny, w skutek któréj powstaje w stanie czuwania. Że stan hypnotyczny nie zależy od wpływów zewnętrznych lecz od indywidualnych własności stanu lub organizacyi układu nerwowego osoby podlegającéj hypnotyzmowi, zatém przemawia także ta okoliczność, iż przy najrozmaitszych sposobach popada w ten stan tylko nieznaczna część osób, a mianowicie zgodnie prawie wszyscy autorowie podają, iż na 100 osób przypadkowo bez wyboru wziętych zasypia od 15—18% (Liébeault, Bernheim [23]); stosunek ten zmienia się zależnie od wieku, tak według Liébeaulta dzieci do 14 lat zasypiają prawie wszystkie. Co do płci to wybitnéj różnicy nie spostrzeżono, zresztą Bernheim (l. c.) podaje, że na 100 mężczyzn zasypia 18·5, kobiet 19·4. Zatém przemawia także i to, że przy jednakowych sposobach hypnotyzowania stan hypnotyczny u rozmaitych osób objawia się niejednakowo. Można powiedzieć, że prawie każda osoba przedstawia sobie właściwy stan hypnotyczny. Zresztą pod tym względem do dziś dnia nie ma zgody w poglądach rozmaitych badaczy. Charcot naprzykład rozróżnia 3 stany: u każdego hypnotyka stan letargu, katalepsyi i somnambulizmu, niektórzy lekarze z jego szkoły np. Janet [24]), Magnin [25]) i inni rozróżniają jeszcze po kilka stanów przejściowych, a w końcu naprzykład Janet twierdzi, iż podług niego ilość stanów nie jest stałą; inni zaś, a mianowicie Beaunis, Bernheim, Liébeault i niemieccy autorowie nic podobnego nie spostrzegali i uważają te 3 stany za skutek poddawania lub samopoddawania. Zdanie ostatnich autorów na podstawie własnych dość licznych doświadczeń podzielam w zupełności. Najbardziéj zgadza się z rzeczywistością klasyfikacyja objawów hypnotycznych u rozmaitych osób, podana przez Liébeaulta a przyjęta także przez Beaunisa i Bernheima. Rozróżnia on właściwie 5 stopni stanu hypnotycznego czyli 5 typów.

1. U jednych osób występuje tylko pewna ociężałość w powiekach, senność, odrętwienie, stan ten nazywa autor sennością (*somnolence*).

2. U drugich powieki są zamknięte, mięśnie odnóg osłabione; osoby takie w tym stanie siedzą spokojnie, są przytomne, podlegają jednak woli hypnotyzera i w skutek poddawania mogą przedstawiać stan kataleptyczny, jestto sen lekki.

3. Istnieje odrętwiałość zupełna, wrażliwość na dotyk obniżona lub zniesiona, jakkolwiek świadomość nie jest zupełnie zniesiona, to jednak ruchy automatyczn można wywoływać dowolnie; przez poddawanie można wywołać skurcze; jestto sen głęboki.

4. Typ czwarty przedstawiają osoby, które tracą zupełnie świadomość, są zupełnie odosobnione od otoczenia i zostają w stosunku tylko z hypnotyzerem; — jestto sen bardzo głęboki, i nakonice

5tą kategoryję przedstawiają osoby, które odrazu popadają w stan somnambuliczny.

Osoby znajdujące się w pierwszych dwóch stanach, a po części i w trzecim, po obudzeniu się pamiętają o tém, co zachodzi w czasie snu. Osoby znajdujące się w stanach 4 i 5 zwykle nie pamiętają o niczém.

W skutek powtarzania hypnotyzowania, a także w skutek poddawania wzrasta głębokość snu, tak że osoby, które z początku przedstawiały tylko pierwszą lub drugą, z czasem mogą przedstawiać wyższą kategoryję a nawet somnambulizm. Zawsze jednak zachowują pewne właściwe sobie cechy, które zresztą wpływ hypnotyzera może znacznie zmodyfikować.

Podług Liébeaulta z 753 osób, które się zgłosiły do niego w celu leczenia się hypnotyzmem, było somnambulików 18,7%, sen bardzo głęboki przedstawiało 8·2% (4ta kategoryja), sen głęboki 35·9%, sen lekki 18·9%, senność 10% i 7·9% nie okazywało najmniejszych objawów hypnotycznych.

Podobną statystykę przedstawia i Bernheim [26]) różni się ona jednak nieco od statystyki Liébeaulta.

Podług Bernheima na 1014 osób było somnambulików 15·9%, przedstawiało sen bardzo głęboki 22·9%, sen głęboki 45·3%, sen lekki 9·5%, senność 3·2% i 2·6% było osób, których uśpić nie można było.

Badano także zależność tych stanów od wieku, z czego się okazało, że dzieci stosunkowo łatwiéj popadają w stan somnambuliczny, a mianowicie od 1 roku do 7 lat 26·7% i od 7 do 14 lat 55·3%.

Różnica w statystyce Liébeaulta i Bernheima zależy nietylko od różnic indywidualnych osób hypnotyzowanych, lecz i od tego, że odróżnianie stanów jest do pewnego stopnia dowolne i że osoby, które podług jednego autora byłyby zaliczone do jednéj kategoryi, według drugiego były zaliczane do drugiéj.

W jakikolwiekbądź sposób wywołano stan hypnotyczny, jeśli tylko sen jest dość głęboki, hypnotyk zostawiony sobie zostaje zwykle zupełnie spokojny w téj pozycyi, w jakiéj został uśpiony, zazwyczaj w pozycyi siedzącéj i ma wejrzenie podobne do śpiącego snem naturalnym. U niektórych jednak osób można spostrzedz lekkie stężenie mięśni w odnogach i twarzy, czasem lekkie drgawki. Wyraz twarzy zwykle spokojny, bezmyślny, twarz z lekka blada. Jeżeli odrazu wywołano stan somnambuliczny, to czasem występują samoistne marzenia, hypnotyzowany mruczy mniéj lub więcéj wyraźnie, lecz i w tym stanie zostawiony sobie wkrótce się uspokaja, od czasu do czasu otwiera oczy, ustawia je zbieżnie lub rozbieżnie. Zwykle żadnych innych objawów osobliwie przy pierwszych doświadczeniach spostrzedz nie można. Pozostając sami hypnotycy często budzą się samowolnie i stan hypnotyczny ustępuje, lecz i w obecności hypnotyzera zewnętrzne silne podniety, np. stuk lub krzyk, mogą również obudzić; jeźli jednak weźmiemy hypnotyka, który już kilkakrotnie był hypnotyzowany, to zwykle wszystkie te warunki nie wyprowadzają go ze stanu hypnotycznego. Bernheim zostawiał osoby w tym stanie 15 godzin i hypnotyzowani sami się nie budzili.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O obecnym stanie chirurgii żołądka.

Wykład habilitacyjny

Dra Rudolfa Trzebicky'ego.

Asystenta kliniki chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Technika operacyi jest zupełnie prostą. Od czasów Fengera wszyscy prawie prowadzą cięcie w powłokach brzusznych na 1—2 palców poniżéj i równoległe do lewego łuku żebrowego. Po przecięciu skóry, mięśni i otrzewny wyciąga się żołądek w celu przymocowania go w ranie. Wyszukanie żołądka mocno skurczonego może niekiedy sprawiać znaczne trudności. Znanym jest przypadek, w którym wprawny chirurg zamiast w żołądku założył przetokę w okrężnicy poprzecznéj. Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa radzi Schönborn (*Archiv f. klin. Chir.* T. 22, XX) wprowadzić do żołądka zgłębnik podany przez Schreibera. Zgłębnik ten zaopatrzony jest na końcu w balonik kauczukowy. Wprowadziwszy sondę do żołądka nadymamy balon ten powietrzem, w skutek czego przednia ściana żołądka okazuje się zawsze na dnie rany brzusznéj. Inni radzą wzdęcie żołądka przez podanie proszku burzącego przed samą operacyją. Ile po tych środkach, w obec tego, cośmy o wskazaniach do gastrostomii mówili, spodziewać się możemy, Panowie! sami osądzicie. Po wyszukaniu żołądka należy kawał ściany przedniéj przymocować najlepiéj za pomocą szeregu szwów w ranie i tém samém zamknąć zupełnie jamę otrzewnową. Pod tym względem trzeba umieć zachować miarę; zbyt skąpa ilość szwów może niedostatecznie utrzymać żołądek w swém położeniu, który podczas forsowniejszego ruchu, np. wymiotów lub kaszlu, może się oderwać od brzegów rany i wpaść w głąb jamy brzusznéj, za gęsty zaś szereg szwów może, jak w przypadku operowanym przez Kochera, wywołać zgorzel wszytego kawałka ściany żołądka. Dalsze postępowanie może być dwojakie. Jeżeli operujemy „w jednym czasie,“ to po przymocowaniu żołądka na dnie rany odrazu zakładamy otwór i obrębujemy brzegi rany brzusznéj wywiniętą błoną śluzową. Postępując zaś „drogą dwuczasową“ odkładamy drugi akt operacyi, t. j. założenie przetoki na kilka dni, aż się wytworzą dostateczne zlepy między otrzewną ścienną a żołądkiem, a tém samém wszelkie niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przez wydobywającą się treść żołądka bywa usunięte. Trudno rozstrzygnąć, które postępowanie jest odpowiedniejszém. W obec tego jednak, że przy ostrożném postępowaniu snadnie można uniknąć zakażenia otrzewny, a zwłoka choćby kilku dni dla chorych i tak zazwyczaj wyniszczonych może się stać zgubną, racyjonalniéj może byłoby wykonać całą operacyję od razu. Co do miejsca założenia przetoki wszyscy prawie autorowie zgodnie twierdzą, że najodpowiedniejszą jest część żołądka bliżéj wpustu położona.

W leczeniu następowém sprawia tylko pewne trudności należyte zamknięcie otworu przetoki, aby nie dopuścić ciągłego wysączania się treści żołądkowéj na zewnątrz. Wprawdzie Langenbeck, Kapeller, Escher, Schönborn i inni podali rozmaite po części bardzo sprytne w tym celu obturatory, które jednak nie zawsze w całości odpowiadają swemu zadaniu. Tyle pewna, że im przetoka większa, tém trudniéj o szczelne jéj zamknięcie. W ostatnich czasach radził Hacker (*Wiener med. Wochschrft.* 1886, Nr. 31 i 32) użyć siły lewego mięśnia prostego do zamknięcia nią otworu. Cięcie prowadzi on równolegle do linii środkowéj ciała na $2^1/_2$ —3 cm. na lewo od tejże przez mięsień prosty tak, że włókna tego otaczając późniéj brzegi otworu w żołądku tworzą niejako rodzaj sztucznego zwieracza.

Największy postęp na polu chirurgii żołądka datuje się dopiero od chwili, kiedy udało się z powodzeniem wykonać resekcyję większego kawałka żołądka. Pierwszy wykonał operacyję tę, jak już wspomniałem, na zwierzętach Merrem. Gdy jednak praca jego z biegiem czasu zupełnie poszła w niepamięć, Gussenbauerowi i Winiwarterowi (*Archiv f. klin. Chir.* T. 19, XIII) należy się zasługa, że na podstawie licznych operacyj na zwierzętach wykazali możebność resekcyi żołądka i zarazem na podstawie protokółów sekcyjnych stwierdzili, że rak żołądka usadawiając się przeważnie w części odźwiernikowéj przez długi czas pozostaje cierpieniem miejscowém, nieprowadzącém do przerzutów. Doświadczenia te powtórzył Kaiser (*Beiträge zur oper. Chirurgie* 1878), któremu udało się nawet utrzymać jednego psa po wycięciu całego żołądka przez 3 tygodnie przy życiu. Ztąd do operacyi na człowieku już tylko krok jeden. Zrobili go prawie równocześnie Péan, Rydygier i Billroth. Chorzy dwóch pierwszych niestety zabiegu nie zdołali przetrzymać, Billroth mógł się poszczycić wynikiem pomyślnym. Odtąd operacyja ta stała się coraz częstszą i została dotąd przeszło 100 razy wykonaną. Zapał do téj operacyi, który z początku ogarnął ogół chirurgów zwolna, po części ostygł. Przekonano się bowiem, że z pomiędzy licznego szeregu raków odźwiernika tylko nieliczne przypadki nadawały się do resekcyi. Wszędzie, gdzie już istnieją zrosty z więzadłem dwunastnicowo-wątrobowém, lub co gorsza z samą wątrobą i trzustką, zabieg sam przez się staje się nader ciężkim i powikłanym, a nadzieja doszczętnego usunięcia części schorzałych i zupełnego wyleczenia chorego nader małą. To też dziś ogólnie prawie przyjęto zdanie, że tylko jeszcze przypadki bez zrostów nadają się do operacyi. Jak to atoli trudno czasem rozpoznać przed operacyją, czy ten lub ów przypadek nadaje się do resekcyi, tego dowodem liczne przypadki, gdzie dopiero po otwarciu jamy brzusznéj albo dopiero wśród oddzielania odźwiernika nabrano przekonania o niemożliwości dokończenia operacyi.

Nie będę tu nużył Panów opisywaniem stopniowego rozwoju techniki saméj operacyi, podam tylko pokrótce sposób operowania, który dziś prawie ogólnie jest przyjęty. Cięcie w powłokach zewnętrznych rozmaici operatorowie prowadzą rozmaicie. Billroth poleca cięcie poprzeczne, Rydygier podłużne na prawo od linii środkowéj, inni znowu otwierają jamę brzuszną w saméj linii środkowéj. Drugi akt operacyi stanowi oddzielenie samego odźwiernika, którego dokonywamy przecinając pomiędzy dwiema podwiązkami sieć małą i dużą na przestrzeni, odpowiadającéj kawałkowi żołądka, mającemu uledz resekcyi. Podłożywszy następnie pod odźwiernik albo gąbkę, albo złożony w kilkoro kawał gazy jodoformowéj, wycinamy część schorzałą żołądka, bacząc przeważnie na to, aby się dwunastnica w głąb przypadkowo nie cofnęła i treść przewodu pokarmowego nie dostała do jamy brzusznéj. Dla uniknięcia tego ostatniego niebezpieczeństwa podano rozmaite uciskadła, które się zakłada na żołądek i dwunastnicę przed ich przecięciem. Najpraktyczniejsze z nich są uciskadła podane przez Rydygiera i Wehra. Wielu jednak chirurgów operuje bez uciskadeł, zdając się li tylko na ręce asystentów, gdyż zdaniem ich zawadzają one z jednéj strony przy zakładaniu szwów, z drugiéj zaś tamują chwilowo przez ucisk krwotok,

który po założeniu szwów i zdjęciu uciskadeł niemało potém może narobić operatorowi kłopotu. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że dla rąk asystenta przynajmniéj są uciskadła nader pożądaną pomocą, aby zaś zawadzały przy zakładaniu szwów, tego w przypadku operowanym przez prof. Mikulicza nie widziałem. Wreszcie następuje zespojenie żołądka z dwunastnicą szwem jelitowym. Pod tym względem największą trudność sprawia wyrównanie świateł obu tych części. Dawniéj wycinano w tym celu z żołądka jeden lub 2 kliny, albo téż według Wehra (*Zeitschrift für Chir.* T. 17, III) rozszerzano światło dwunastnicy przez ukośne obcięcie jéj brzegów. Dziś powszechnie służą ku temu celowi tak zwane szwy okluzyjne, któremi zespajamy ściany żołądka pomiędzy sobą w kierunku od krzywizny małéj ku dużéj, zostawiając u samego dołu otwór równy mniéj lub więcéj światłu dwunastnicy. Teraz dopiero zespojenie dwunastnicy z żołądkiem udaje się zazwyczaj bez trudności, a cały żołądek po operacyi przybiera kształt zupełnie do prawidłowego podobny. Toteż Czerny zaproponował dla téj operacyi w miejsce nazwy „resekcyi żołądka“ lub „gastrektomii,“ miano „gastroplastyki.“

Pomijając wszystkie inne niebezpieczeństwa, zagrażające choremu w tak ciężkiéj operacyi, nie podobna tu przepomnieć o jedném, które w typowy, że tak powiem, sposób kilka razy sprowadziło niepomyślne zejście. Mam tu na myśli zgorzel okrężnicy poprzecznéj, która wystąpiła u chorych operowanych przez Lauensteina, Czernego i Küstera. W każdym z tych przypadków musiano z powodu zrostów rozleglejszych pomiędzy odźwiernikiem a śródjelicieem okrężnicy przeciąć takowe na znacznéj przestrzeni. Wprawdzie Rydygier (*Centralblatt f. Chir.* 1885 Nr. 13) twierdzi, że przecięcie to nie pociąga za sobą koniecznie zgorzeli jelita, byle tylko nastąpiło dość daleko od tegoż i nie na zbyt wielkiéj przestrzeni. W każdym razie wypada nam się w podobnych przypadkach liczyć z tém niebezpieczeństwem i w danym razie za radą Lauensteina wykonać zarazem i wycięcie odpowiedniego kawałka okrężnicy.

Pierwotnie uważano za jedyne wskazanie do resekcyi żołądka nowotwory rakowe. Rydygier pierwszy wykonał tę operacyję z powodu zwężenia bliznowatego. Wskazanie to jednak nie zostało przyjęte dla wszystkich przypadków, zwłaszcza, że rozporządzamy dziś środkami mniéj niebezpiecznemi, a może w niektórych razach równie pewnemi. Częściowa resekcyja żołądka według Czernego i gastroenterostomija Wölflera współubiegają się w tych razach o pierwsze z resekcyją całkowitą. Czerny (*Archiv f. klin. Chir.* T. 30 I.) wykazał, że w przypadkach wrzodów i blizn odźwiernika można względnie często wyciąć wrzód za pomocą 2 cięć eliptycznych i następnie zeszyć ubytek bez całkowitéj resekcyi odźwiernika. Jeżeli wrzód znajduje się na przedniéj ścianie żołądka, to zabieg jest zupełnie prostym, jeżeli zaś na tylnéj, to należy sobie utorować doń dostęp przez otwarcie żołądka od przodu. Czasem udaje się nawet, według Czernego, wyłuszczyć drogą tępą cały wrzód ze zgrubiałéj ściany żołądka. Zalety tego postępowania w porównaniu z całkowitą resekcyją są nader wybitne. Szew zakładamy zaledwie na $^1/_4$ lub $^1/_3$ obwodu żołądka, a tém samém niebezpieczeństwo rozejścia się szwu jest daleko mniejsze, następowéj zaś zgorzeli okrężnicy poprzecznéj obawiać się przy téj operacyi nie potrzebujemy. Całkowite wycięcie odźwiernika może tylko wtedy byłoby dziś wskazaném z powodu wrzodu, gdyby resekcyja częściowa lub gastroplastyka podana przez Mikulicza były niemożliwe, a brak wszelkich zrostów z organami sąsiedniemi pozwalał spodziewać się pomyślnego wyniku operacyi. W razie jednak rozleglejszych zrostów lub znaczniejszego osłabienia chorego uważałbym operacyję Wölflera za zabieg daleko prostszy i mniéj niebezpieczny a równie może skuteczny.

Operacyja ta polega na utworzeniu sztucznéj komunikacyi pomiędzy żołądkiem a jelitem cieńkiém z ominięciem odźwiernika i dwunastnicy. Pierwszy raz wykonał ją Wölfler w przypadku raka żołądka, przekonawszy się wśród laparotomii, że zamierzona resekcyja nie dała się dokończyć. O ile mi wiadomo, wykonano operacyję tę dotąd 24 razy, 19 razy z powodu nowotworu, 5 razy z powodu zwężeń bliznowatych w żołądku i dwunastnicy. Przy zwężeniach natury niezłośliwéj daje ona wyniki nader pomyślne i z pewnością zostanie zabiegiem w wielu bardzo przypadkach odpowiednim, ratującym chorego od śmierci z wyniszczenia. Natomiast statystyka zwężeń natury złośliwéj wcale nie przemawia na korzyść téj operacyi. Z 19 chorych umarło 12 z saméj operacyi, 1 po miesiącu, 3 po 4 miesiącach, a tylko co do 3 zanotowano, że jeszcze po 2, 3 i 4 miesiącach cieszyli się względnie dobrém zdrowiem. W obec tych wcale niebardzo zachęcających wyników zdaje się, że wypadnie może powtórzyć o gastroenterostomii wykonanéj z powodu nowotworów to samo, cośmy powiedzieli o gastrostomii wykonanéj z podobnych przyczyn. Wprawdzie i tu nie brakło głosów żądających, aby operacyję tę wykonywano we wcześniejszym okresie. Mianowicie Courvoisier (*Centralblatt f. Chir.* 1883 str. 794) twierdził, że w każdym przypadku, w którym podczas operacyi resekcyja żołądka okaże się niewykonalną, należy przystąpić do gastroenterostomii, choćby nawet zwężenia odźwiernika nie było, a to ze względu na to, że przecież z czasem do zwężenia przyjść może. Zdanie to jednak nie znalazło poparcia i sądzę, że słusznie. Jeżeli resekcyja niemożliwa, a zwężenia jeszcze nie ma, to najlepiéj zakończyć rychło operacyję zeszyciem powłok brzusznych, o ile zaś przy istniejącém już zwężeniu nowotworowém znaczniejszego stopnia operacyja ta ma racyję bytu, niech dalsze doświadczenia rozstrzygną.

Technika téj operacyi jest dość prostą. Według Wölflera wchodzi się ręką w okolicę fałdu dwunastnico-czczego, gdzie łatwo znaleźć pierwszą pętlę jelita czczego, przymocowaną tamże za pomocą krótkiéj krezki. Znalazłszy ją wyciąga się pętlę jelita o 40—50 cm. poniżéj położoną i przeprowadziwszy ją poprzed okrężnicą poprzeczną przysuwa się do krzywizny wielkiéj żołądka. Następnie robimy zarówno w żołądku jak i w jelicie nożem otwór i zeszywamy brzegi tych otworów ze sobą tak, że powstaje wolna zupełnie komunikacyja wprost pomiędzy żołądkiem a jelitem. Należy tu zważać tylko na jednę okoliczność, a mianowicie na to, aby zapewnić należyte krążenie treści przewodu pokarmowego wśród jelit, a mianowicie niedopuścić cofania się żółci przez nowo wytworzony otwór do żołądka, co w jednym przypadku operowanym przez Billrotha przyczyniło się do niepomyślnego zakończenia całéj sprawy. Najprościéj można celu tego dopiąć w ten sposób, że otwór w jelicie robimy nieco (o 1 cm.) dłuższy niż w żołądku, tak, że lewa część otworu jelitowego pokryta jest nienaruszoną ścianą żołądka. W ten sposób żółć spływająca do dwunastnicy, mając utrudniony dostęp do żołądka, wprost przechodzi do niższych części jelita. Zresztą pamiętać należy o tém, że sam otwór nie powinien mieć nigdy więcéj niż 2—2$^1/_2$ cm. średnicy.

Technika operacyjna podana przez Wölflera doznała w ostatnim czasie pod pewnym względem zmiany. Gdy się bowiem przekonano kilkakrotnie, że w skutek wyciągnięcia pętli jelita czczego poprzed okrężnicę do żołądka nastąpiło ucišnięcie okrężnicy poprzecznéj, a tém samém utrudnienie krążenia treści przewodu pokarmowego w jelicie grubém, starano się temu zapobiedz w ten sposób, że robiono otwór podłużny w śródjeliciu okrężnicy poprzecznéj i przez tę szparę przeciągano pętlę jelita czczego, aby ją przymocować oczywiście nie już do krzywizny wielkiéj żołądka, tylko do tylnéj jego ściany. Modyfikacyja ta z pewnością we wszystkich tych razach, w których jelito czcze nie daje się przeprowadzić poprzed okrężnicę bez znaczniejszego napięcia, jest zupełnie odpowiednią.

Założenie szwu jelitowego wprawdzie przy tym drugim sposobie operowania jest o wiele trudniejsze i niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny przez wydostającą się przypadkowo treść jelita o wiele większe, ale przy pewnéj wprawie z łatwością można te trudności pokonać.

Wypada mi tu wreszcie dodać, że Billroth w jednym przypadku, w którym rak zajmował oprócz odźwiernika także znaczną część samego żołądka, tak, że zespojenie żołądka z dwunastnicą byłoby po resekcyi zwykłéj prawie niemożebném, wykonał naprzód gastroenterostomiję, a następnie resekcyję części schorzałéj, niezeszywając jednak żołądka z dwunastnicą, lecz zamykając osobno szwem ranę żołądkową, osobno zaś dwunastnicową. Dla całości chcę jeszcze wspomnieć i o nieudałéj resekcyi całego żołądka u człowieka z powodu raka, zamierzonej przez amerykańskiego chirurga O'Connora. Chora oddała ducha jeszcze na stole operacyjnym.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Prof. Tamassia (w Padwie): **Studyja doświadczalne nad rozróżnieniem sińców od plam pośmiertnych.**

W rozprawie swéj p. t. *Des ecchymoses cutanées*, Paris, 1885, Dr. Perrin de la Touche przypomnial sposób podany już przez Olliviera d'Angers celem odróżnienia w przypadkach wątpliwych sińca od plamy pośmiertnéj. Sposób ten jest następujący: Kawałek tkanki maceruje się w wodzie albo w wyskoku; jeżeli miazdra przybiera barwę fijołkową lub drożdży winowych, utrzymującą się stale, jestto wynaczynionka; jeżeli to zaś była plama pośmiertna, wtedy wszelkie zabarwienie znika dość prędko. Ponieważ postępowanie to jest proste i łatwe, T. robił doświadczenia celem skontrolowania, czy na niém polegać można; nie poprzestał atoli na macerowaniu tkanin krwią podbiegłych i plam pośmiertnych we wodzie i wyskoku, lecz użył i innych płynów, jak chloroformu, zgęszczonego kw. siarkowodowego, 10% rozczynu chloranu potasowego, 16% rozczynu chlorku zynku, wody chlorowéj i 3% rozczynu sublimatu w wyskoku; doświadczenia swe robił w pracowni przy ciepłocie 24—26°C. Ze wszystkich odczynników najmniéj odpowiedniemi okazały się podane przez Olliviera, t. j. woda i wyskok, najdzielniejszym zaś woda chlorowa, która dość prędko niszczy imbibicyję, podczas gdy wynaczynień nie narusza. Odczynnik ten zatém jest dobrym środkiem pomocniczym w przypadkach wątpliwych, zwłaszcza w obec wynaczynionek małych. *(Rivista sperimentale di medicina legale*, XII, 4, 1887). *L. B.*

Ungar (w Bonnie): **O wykryciu plemników w nasieniu zasuszoném**

W Nrze 46 *Przeglądu Lek.* z r. 1886 podaliśmy krótką wzmiankę o wykładzie tym Dra Ungara, mianym na Zjeździe berlińskim. Gdy wykład ten obecnie ukazał się w *Vierteljsch. f. gerichtl. Medicin* 46 t., 2 z. zdajemy z niego sprawę obszerniejszą.

Wspomniawszy o trudnościach, które lekarz sądowy napotyka w badaniu plam nasiennych, U. zastanawia się nad metodą Roussina barwienia preparatu za pomocą jodu, która według Hofmanna żadnéj nie przynosi korzyści, daléj Longueta, zgadzając się ze sprawozdawcą, że i ten sposób barwienia za pomocą karminu amonijakalnego jest niepraktycznym, daléj nad sposobem Pinkusa, a wreszcie stwierdza, że Schaitter (w zakładzie sądowolek. krakowskim) był pierwszym, który posługiwał się do barwienia barwikami anilinowemi, a w szczególności eozyną. Autor sposób ten uznawszy za dobry starał się wydoskonalić go stosując postępowanie Kocha w obec dochodzenia prątków, a mianowicie robiąc preparaty suche, czyli t. zw. nakrywkowe, a następnie barwiąc preparaty dwojakiemi barwikami. Postępowanie to w szczególności jest następujące: Kawałeczek badać się mającéj materyi zamacza się jednym końcem w wodzie destylowanéj z dodatkiem kw. solnego (1 kropla na 40cm.sz. wody) i zostawia się od ½—10 godzin; poczém strzępek pincetą uchwycony wyciska się lekko na kilku szkiełkach nakrywkowych; gdy masa już wyschła, bierze się szkiełko pincetą i przeciąga się szybko 3 razy przez płomień wyskokowy lub gazowy trzymając powierzchnię, na któréj masa się znajduje, ku górze; następnie daje się szkiełko z masą zwróconą na dół do rozczynu (*Eosini* 2,5 na *Spir. vini* 30cm.sz. i *Aq. dest.* 70cm. sześc.) przez godzinę, pozostawiając je pod kloszem, poczém wyjmuje się, pozostawia na powietrzu, aż wyschnie i płucze lekko w mięszaninie wyskoku i wody (1:2). Preparat wypłukany daje się do hematoksyliny (*Haematoxyl.* 0·35, *Alcohol. absol* 10·0, *Aluminis* 0·1, *Aq. destill.* 30·0). Plemniki ukazują się zabarwione w ten sposób, że tylna część główki jest ciemno-niebieską, przodkowa zaś, część środkowa i ogonek czerwone. Można barwić w kolei odwrotnéj, t. j. naprzód hematoksyliną a następnie eozyną, albo za pomocą wezuwiny i eozyny, a w sposób jeszcze prościejszy, za pomocą zieleni metylowéj (*Methyl.* 0·15—0·30:100·0, *Aq. dest.* z dodatkiem 3—6 kropli HCl). *L. B.*

Winter: **Spostrzeżenia na noworodkach, ważne pod względem sądowolekarskim.**

Autor, będący asystentem przy klinice położniczéj w Berlinie, podaje 8 przypadków sekcyj, robionych na noworodkach, urodzonych w zakładzie, co do których więc sprawdzono jak najdokładniéj daty anamnestyczne. Wychodzi on z bardzo słusznego zapatrywania, że śród porodu zdarzają się obrażenia, które możnaby uznać jako przez matkę umyślnie wywołane, a lekarz sądowy, nieposiadający dat anamnestycznych, może popaść w błąd na wielką szkodę obwinionéj. Wielka ztąd wyniklaby korzyść dla medycyny sądowéj, gdyby położnicy zechcieli częściéj udzielać swoich doświadczeń w téj mierze. Przypadki, podane przez Wintera bez wszelkich uwag, są następujące:

1. Poród ciężki, dziecko nieżywe wydobyte kleszczami, dobrze rozwinięte, skóra na głowie i twarzy mocno sina i obrzękła, pępowina okręcona około szyi, po jéj odjęciu bruzda wyraźna, płuca bezpowietrzne, w krew obfite; fałdy nagłośniowe i nagłośnia mocno obrzękłe, opłucna i osierdzie

okazują liczne wynaczynionki, w tkance nerkowéj naokoło miedniczek znaczne wynaczynienie.

2. Dziecko rodzi się zamartwiczo z pępowiną naokoło szyi okręconą; przywrócone do życia oddycha słabo i umiera po 8 godzinach. Pod oponami miękkiemi nagromadzenie krwi skrzepłéj i spłaszczenie zwojów; obie komórki boczne wypełnione szczelnie skrzepami, w tylnym dole czaszkowym dużo krwi płynnéj i skrzepłéj i przypłaszczenie rdzenia przedłużonego; wynaczynionki na opłucnie i osierdziu oraz pod bł. śluzową więzadeł głosowych rzekomych, płuca mało powietrza zawierają, w lewéj połowie jamy brzusznéj liczne, błoniaste zrosty pomiędzy trzewami.

3. Poród bliźniąt donoszonych; jeden z bliźniaków okazuje zaraz po urodzeniu się opad pr. górnéj powieki, drgawki, niezdolność do ssania i łykania, śmierć po 5 dniach. Pomiędzy kością czołową i ciemieniową prawą a oponą twardą wynaczynionka skrzepła grubości palca i około 50 gramów ważąca, spłaszczenie mózgu.

4—6. O b r a ż e n i a w e w n ę t r z n e p o w s t a ł e w s k u t e k w a h a ń S c h u l t z e g o. W przypadku pierwszym dziecko 49cm. długie, kleszczami wydobyte, zamartwicze, niedocucone pomimo $1\frac{1}{2}$ godzinnych starań sposobem Schultzego, okazuje moszna mocno obrzękłe i sine, po nacięciu tryska krew mocno, w jamie brzusznéj około 100 grm. krwi z moszen wydobywającéj się, płuca pływają, na opłucnie kilka wynaczynionek. W przypadku drugim dziecko donoszone rodzi się zamartwiczo wśród opadnięcia pępowiny, wahania Schultzego pozostają bez skutku. W jamie brzusznéj dużo krwi płynnéj, z moszen sinych wylewa się za nacięciem i naciskiem krew do jamy brzusznéj, między wątrobą a jéj otrzewną dużo krwi płynnéj, nad płatem lewym w jednem miejscu otrzewna przedarta, w lewéj okolicy pachwinowéj i w prawéj lędźwiowéj wybroczyny podotrzewnowe; płuca zawierają powietrze, żebra 3, 4 i 5 prawe, na cm. od przyczepienia chrząstkowego złamane. W trzecim wreszcie bliźniak 46cm. długi wydobyty kleszczami, zamartwiczy, wahania bez skutku. Wynaczynienie między oponami miękkiemi a mózgiem wielkim, łuska tyłogłowowa poprzecznie złamana przed częścią kłykciową kości podstawowéj. Oba płuca powietrzne, w jamie brzusznéj dużo krwi płynnéj, otrzewna na wątrobie oddzielona i kilkakrotnie przedarta, w pr. okolicy pachwinowéj wynaczynionka podotrzewnowa.

7. Dziecko donoszone, krzyczy po urodzeniu, śmierć po 6 godzinach. Płuca b e z p o w i e t r z n e, nie pływają, wynaczynionki podopłucnowe, żołądek i górna część przewodu jelitowego zawierają powietrze.

8. Dziecko martwo urodzone, 49cm. długie; na okostnéj czaszkowéj liczne wynaczynionki, obrzęk opon mózgowych, płuca całkiem bezpowietrzne, wynaczynionki podopłucnowe; żołądek i cały przewód pokarmowy zawierają dużo powietrza.

(Autor podaje te opisy bez uwag, zostawiając epikryzę lekarzom sądowym. W rzeczy saméj przypadki te mają wielką doniosłość, o ile są dla lekarza sądowego wskazówką, jak powinien być ostrożnym w przypuszczeniu, że obrażenia powstały za życia i zadane zostały ręką cudzą. I tak w przypadku pierwszym mamy bruzdę na szyi, *oedema glottidis* i wynaczynionki podopłucnowe u dziecka, którego płuca są bezpowietrzne; w drugim bruzdę na szyi, w komórkach bocznych mózgu krew skrzepłą a w płucach nieco powietrza, — jakże łatwym mógł być wniosek, że dziecko to zostało uduszone, gdyby się nie znało przebiegu; w przypadku trzecim możnaby przypuścić śmierć skutkiem obrażenia głowy; czwarty, piąty i szósty dowodzą, że postępowanie Schultzego z jednéj strony skuteczne, o ile powietrze istotnie do płuc wpędzać można, z d r u g i é j z a ś n i e w o l n e o d n i e b e z p i e c z e ń s t w a d l a ż y c i a n o w o r o d k a, skoro śród niego i przez nie powstają tak znaczne obrażenia wewnętrzne; przypadek siódmy przyczynia się do stwierdzenia nauki S c h r ö d e r a, obecnie już prawie powszechnie przyjętéj, że powietrze uchodzić może z płuc noworodka, który oddychał; wreszcie ósmy dowodzi, że u dziecka martwo urodzonego, którego płuca są bezpowietrzne, przewód pokarmowy zawierać może powietrze. Jestto analogija do dostania się powietrza do płuc dziecka jeszcze w macicy znajdującego się, jeżeli po pęknięciu błon i odejściu wód poród nie odbywa się szybko, a tymczasem powietrze zewnętrzne w ślad za ręką badającego lub za narzędziem wciska się w macicę, a dziecko oddycha przedwcześnie dla przeszkód w krążeniu łożyskowém; w tym przypadku w tchawicy znaleziono śluz i smółkę, powietrze więc łatwiéj dostać się mogło do żołądka aniżeli do płuc. Przypadek ten atoli, jakkolwiek ciekawy, ma znaczenie tylko dla położnika, bo lekarz sądowy z oddychaniem macicznem nie spotyka się, ponieważ jego klijentki, rodząc potajemnie, nie są narażone na dostanie się powietrza do macicy. *Przyp. Sprawozd.* (*Viertelj. f. ger. Medicin*, 1887, 46 T., 1 Z.). *L. B.*

Farmakologija.

Fosfor w krzywicy.

β. Dr. F. T o e p l i t z ogłasza w *Bresl. ärztl. Ztg.* nadzwyczaj pomyślne wyniki, jakie otrzymał, stosując w krzywicy w ciągu niespełna 3ch lat tran rybi z fosforem, w ilości $\frac{2}{3}$ do 1mgr. dziennie fosforu. Autor nie dostrzegł żadnego szkodliwego, ubocznego działania tego leku, podając go nawet w lecie. Zwykle już po upływie 2—3 tygodni skutek występował. Pojedyncze objawy chorobowe znikają w rozmaity sposób kolejno po sobie, zauważyć można było jednak, że zwykle najpierw niknęły poty występujące na głowie. Ilość fosforu, jakoteż czas potrzebny do wyleczenia nie da się ściśle określić; począwszy od 4—6 tygodni aż do 9—10 miesięcy stosowano leczenie. Równocześnie z podawaniem fosforu zmieniano zupełnie tryb życia u rozpoczynających lekowanie. Z 208 przypadków zaniku kości czaszkowych (*Craniotabes*) wyleczono zupełnie 176 w przeciągu 8 tygodni, 26 w trzecim miesiącu, a w 6 przypadkach musiano leczenie fosforem rozciągnąć na dłuższy przeciąg czasu, podczas gdy dawniéj T. potrzebował na to 4—5 miesięcy; kurcz głośni obserwował autor w 58 przypadkach i usunął go w 42, w przeciągu 8—14 dni. Z 490 przypadków nieukończonego ząbkowania 104 chorych zupełnie nowych zębów nie dostało w ciągu używania fosforu; 70 dzieci zaś dostało 8—14 zębów i to mianowicie w 206 przypadkach dopiero po dłuższém niż 6-tygodniowém używaniu fosforu; w większéj części przypadków występowały zęby parzyste. Ciężar ciała regularnie zwiększał się, płuca rozwijały się lepiéj, również znać téż było postępy w ruchach dziecka, które teraz daleko pewniéj trzymało się na nogach i w ogóle było pewniejsze siebie. Według autora wyższość tego sposobu lekowania nad innemi polega na tém, że kuracyja jest niezależną od zewnętrznych czynników.

F. T o r d a y używał fosforu w sposób podany przez Kassowitza w 162 przypadkach krzywicy. Nie może on jednak zgodzić się na przyznanie temu lekowi zalet środka swoistego, wpływającego bezpośrednio na kostnienie i usunięcie zmian wywołanych krzywicą. Uważa on fosfor tylko jako

środek usuwający znakomicie pewne objawy téj choroby. Szczególniéj dobrze działa on przeciw skurczowi krtani, a także usuwa bóle w kościach i działa podniecająco na cały układ nerwowy.

Dr. Unruh podziela zapatrywania Kassowitza co do przyczyn powstawania krzywicy, z tą jednak różnicą, że jeszcze dobitniéj niż K. dowodzi i obstaje przy twierdzeniu, że krzywica jest wrodzoném zboczeniem, a więc wprost przeciwnie z dotychczas przeważnie panującemi pojęciami. U dzieci, które zdradzają wybitne objawy krzywicy ku końcowi pierwszego roku życia, należy szukać początków téj choroby już w pierwszych tygodniach, a nawet pierwszych dniach życia; U. twierdzi zatém, że dzieci takie przyniosły już tę chorobę z sobą na świat. Dowody na to przytacza następujące:

1. Dziedziczenie krzywicy, t. j. przechodzenie jéj z matki na dziecko.

2. Występowanie jéj (nawet ciężkich form) w warunkach życia na pozór całkiem korzystnych.

3. Niezależność krzywicy od zaniku.

Jeżeli mamy do czynienia z pozornie późniejszą postacią rozwojową téj choroby, to na pewne można twierdzić, że przeoczono tylko objawy początkowe, które przedewszystkiém i najpierw występuje na czaszce i piersiach.

Dotychczas grzeszono przedewszystkiém za późném rozpoczynaniem leczenia, t. j. wtedy, kiedy już niewiele niém osiągnąć było można. Spostrzeżenia Dra U. odnoszą się do 400 dzieci leczonych jużto w domu podrzutków, jużtéż prywatnie. Prawie bez wyjątku wyniki lecznicze osiągnięte przez autora można było nazwać pomyślnemi, to téż bez wahania się twierdzi, że znaczną liczbę dzieci tylko ciągłe podawanie fosforu uchroniło od skośławienia członków lub zaklęśnięcia klatki piersiowéj. Autor wyznaje otwarcie, że na to, aby u dzieci krzywica nie występowała, nic poradzić nie był w stanie i zawsze przekonał się, że była ona następstwem dziedziczenia z rodziców na dzieci, z pokolenia na pokolenie; a z drugiéj strony nawet mimo podawania fosforu w samych początkach niejednokrotnie następowało opóźnienie w złączeniu się ciemiączek i zboczenia w ząbkowaniu. Dzieci jednak czuły się przy tém leczeniu zdrowsze, co okazywało się w weselszém ich usposobieniu, a kurczu głośni, ani zniekształceń klatki piersiowéj mimo zapaleń płuc i oskrzeli nie było ani jednego przypadku. Najpomyślniejsze i uderzające skutki lecznicze fosforu widział autor w przypadkach kurczu głośni. Również zawsze dostrzegać się dało polepszenie ogólnego odżywienia, wzmożenie apetytu, a w końcu i stwardnienie kości, przyczém znikały i zboczenia w oddychaniu.

Raudnitz krytykuje sposób obecnie powszechnie używany podawania fosforu w krzywicy w połączeniu z tranem. Zdaniem autora tłuszcz żaden nie powinien wchodzić w skład leku, zawierającego fosfor, bo skutkiem szybkiego rozkładu lek taki może nawet wywołać bardzo niemiłe zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Hasterlik poleca użycie wody fosforowéj, która nigdy nie wywołuje ubocznego działania, a przechowywana w naczyniu dobrze zatkaném może nawet kilka miesięcy utrzymać się bez zmienienia swego składu. Raudnitz przekonał się o słuszności twierdzenia Hasterlika, i dla tego obecnie inaczéj fosforu nie używa, jak tylko przepisując go: *Rp. Aq. phosphor. Hasterlik*, *Syrupi simplic. āā* 100,0; z tego podawać 1 do 2 łyżeczek od kawy na dzień. W razie zbytniéj drażliwości przewodu pokarmowego i skłonności do biegunki dodaje do powyższego leku 1grm. *Tinct. opii simpl.* (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1887, Nr. 21).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

V zwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 26 marca 1887.

Przewodniczący kol. Kadyi. Członków obecnych 26.

Kol. Szmidt przytoczył z własnéj praktyki przypadek methemoglobinuryi peryjodycznéj dotyczącéj chorego, trzydzieści kilka lat liczącego. Chory ten przebywał kiłę przed laty kilku. Dopiero przed rokiem po raz pierwszy po przeziębieniu się spostrzegł mocz swój barwy brunatno-czerwonéj, a gdy poprzedzające dreszcze i następowa gorączka dopełniały obraz chorobowy, chory przerażony szukał porady u kol. prelegenta. Ten stwierdził nieprawidłowe zabarwienie moczu, żółtaczkowe zabarwienie skóry, ciepłotę podniesioną do 39°, powiększenie wątroby i śledziony, bolesność w okolicy nerki lewéj i ogólne osłabienie. Dalsza obserwacyja pouczyła prelegenta, iż objawy te występowały peryjodycznie, ile razy chory był narażony na działanie zimna. Mocz jego już w kilka godziu po napadzie przybierał barwę prawidłową, a inne objawy chorobowe zmniejszały się, a wreszcie zupełnie ustępowały, nawet udało się prelegentowi wywołać sztucznie szereg tych objawów, gdy kazał choremu na pewien przeciąg czasu włożyć ręce do zimnéj wody. Na podstawie powyższych obserwacyj, jakotéż i na podstawie rozbiorów moczu dokonanych przez kol. Wiczkowskiego nie wahał się rozpoznać methemoglobinuryję peryjodyczną, a domyślając się przyczyny, za innymi autorami, w kile przebytéj, doradzał choremu leczenia przeciwkiłowego.

Z kolei zabrał głos kol. Wiczkowski, który korzystając z grzeczności koleżeńskiéj kol. Szmidta miał sposobność badać mocz wydzielany podczas napadu i po napadzie. Podczas napadu oddany mocz okazywał trzy ważne cechy, na które kol. W. zwraca uwagę: 1) Mocz brunatno-czerwony zawdzięcza swą barwę methemoglobinie, którą znalazł już w moczu świeżo wydzielonym, poleca przeto wraz z innymi nazwę methemoglobinuryi zamiast hemoglobinuryi. 2) Charakterystyczném jest oddziaływanie wybitnie kwaśne takiego moczu, co tłumaczy prelegent tém, iż methemoglobina sama jakotéż hemoglobina w rozpuszczeniu oddziaływa kwaśno, a krew *in toto* nie przechodzi do moczu. 3) Osad moczu takiego składa się z masy drobno ziarnistéj będącéj hemoglobiną strąconą z roztworu. Pod mikroskopem zaledwie tu i owdzie można znaleźć pojedyncze tak zwane „cienie“ ciałek krwi czerwonych. W moczu po napadzie przez kilka godzin mógł prelegent stwierdzić białko surowicze. Te cechujące objawy moczu okazał prelegent w odpowiednich przyrządach, jak widmowym i pod mikroskopem.

W dyskusyi zabrał głos kol. Pisek, przytoczywszy historyję choroby przez siebie obserwowanéj u młodego człowieka z hemoglobinuryją, wykazał różnice zachodzące w tym przypadku z przypadkiem przez kol. Szmidta opisanym, podał przegląd stósowanego leczenia, a wreszcie poczynił kilka uwag co do historyi i patogenezy tego niezwykłego cierpienia, które znowu nie jest tak nowém, jakby się zdawało. Hemoglobinuryja znaną już jest od roku 1854. Na zakończenie podał wynik sekcyj dotąd dokonanych na chorych zmarłych, jużto skutkiem hemoglobinuryi, jużtéż z innych chorób, po „wyleczeniu się“ z téjże na krótko przed śmiercią. Rzecz w całości będzie umieszczoną w Przeglądzie Lekarskim.

Dr. Krobicki mówi o nowszych sposobach miejscowego leczenia nieżytu pęcherza w następstwie *prostatitis*. Po omówieniu ostrych przypadków, w których już jednorazowe założenie cewnika celem wypróżnienia nadmiernie moczem rozszerzonego pęcherza wystarcza, podnosi, że przy rękoczynie tym wskazane jest dokładne odrażenie tak narzędzia, rąk lekarza jak i członka. Przewłoczny nieżyt pęcherza, osobliwie w razie niedowładu tegoż, wymaga częstszego kateteryzowania, płukania i wstrzykiwania doń płynów leczniczych. Do rękoczynów tych używa się obecnie o ile możności cewników miękkich Nelatona, a tylko w ostatecznym razie elastycznych lub metalowych. Katetery powinny być średniéj grubości, aby bólu przy wprowadzaniu nie sprawiały i dłuższe z powodu większéj długości cewki moczowéj przy *prostatitis*. Katetery elastyczne i metalowe mają mieć zakrzywienia t. zw. prostatyczne. Kateterów *à double courant* jako niepra-

ktycznych mało kto używa; toż samo do przestrzykiwań irygatorów. Do przestrzykiwań najpraktyczniejszą jest strzykawka ręczna o 60 do 100 grm. pojemności. Lepiéj wstrzykiwać mniejsze ilości płynu od 40 do 60 gram po kilkakroć raz po razie, niż większe ilości, aby nie osłabiać siły mięśniowéj pęcherza. Opisawszy sposób wprowadzania cewnika w przypadkach tego cierpienia, jak i pozycyje, jakie choremu odpowiednio do stopnia cierpienia nadać należy, ostrzega przed całkowitém wypuszczaniem moczu w przypadkach, w których pęcherz *ad maximum* jest rozszerzony. Tyczy się to przedewszystkiém starców i polecona jest metoda wypróżniania pęcherza w małych pauzach przez ściskanie cewnika, zawsze jednak w pęcherzu cośkolwiek moczu, osobliwie w pierwszych posiedzeniach, zostawić należy. Ostrożności te ochraniają chorych od zapadu sił i od krwotoków do pęcherza. W przypadkach, gdzie błona śluzowa części prostatycznéj cewki i szyjki pęcherza chorobowo jest zajęta i trwałą przyczynę drażnienia gruczołu krokowego stanowi, metoda Ultzmanna miejscowego leczenia korzystne daje rezultaty. Polega ona na wypuszczaniu moczu w stojącéj pozycyi chorego, a po kilkakrotném przepłukaniu pęcherza wodą, wstrzyknięciu doń płynu leczniczego. Wstrzykuje się jednak tak, że się pierwéj o 2 — 3 cm. kateter z pęcherza cofa, aby okienko jego na wzgórek nasienny wypadło. Wstrzyknięty płyn przezwycięża opór zwieracza spłukuje chore miejsce, wchodzi do pęcherza, nie jest jednak w stanie wrócić zeń, bo kateter światło cewki zatyka. To jest dowód na to, że się manipulacyję dobrze wykonało. Ultzmann poleca płyn parę minut w pęcherzu zatrzymać i nie wypuszczać go kateterem, aby oddany własnowolnie przez chorego spłukał po drugi raz chorą część cewki. Chorych osłabionych traktuje się w opisany sposób w łóżku albo na krześle. Jeżeli się chce siłę mięśniową pęcherza wzmocnić, wstrzykuje się do pęcherza zimną wodę i zimne rozczyny leków. W razach wielkiéj bolesności i drażliwości chorego wstrzykuje się letnią wodą samą lub płyny lecznicze letnie. Czasem jako akt przygotowawczy dla umniejszenia bólu wstrzykuje się przed kateteryzowaniem 2% kokainu do cewki. Do wstrzykiwań najrozmaitsze środki różni lekarze zalecają. Z ważniejszych prelegent wyróżnił rozczyny *Argentum nitricum* 0,10 do 0·50 do 100·00 wody jako swoiste działanie na błonę śluzową posiadające i takie, które mu w jego własnéj prywatnéj praktyce wielkie usługi oddały. Lekarze poświęcający się endoskopii dowiedli, że częstą przyczyną parcia na mocz, krwawienia w pęcherzu i następowego wyniszczenia chorego, są nadżerki, pęknięcia a nawet wrzodziki bł. śluzowéj części prostatycznéj cewki i szyjki pęcherza. Polecają oni w tych razach kauteryzowanie endoskopijne rozczynem 5, 10 — 20% *Argentum nitricum* a nawet lapisem *en crayon.* Wykonywają tę manipulacyję co kilka dni i jakkolwiek chwalą dobre rezultaty, wątpią sami, aby nietylko metoda ta ale nawet i endoskopija sama mogła mieć dla praktycznego lekarza jaką wartość z powodu ogromnych trudności w endoskopowaniu i kosztowności tegoż. Bary zaleca w przypadkach zajęcia części prostatycznéj cewki i szyjki pęchérza wkraplanie metodą Guyona zwykłym kateterem kilku kropel *Argentum nitricum* w stosunku 1:50 na cierpiące miejsca również w odstępach kilkudniowych. Sposób ten, chociaż kontroli endoskopu nie ulega, daleko praktyczniéj się przedstawia. Prof. Bottini w Pawii w przypadkach *cystitis* z powodu cierpień prostaty uskutecznia z dobrym rezultatem galwanokaustyczne przypalania i rozpołowienia prostaty, skoro takowa zanadto światło cewki zatyka. Technika téj operacyi jest bardzo mozolna i trudna, a operacyja między największemi powagami na polu leczenia pęcherza i dróg moczowych mało ma zwolenników. Thompson wcale jéj nie uznaje, Guyon nie wyklucza możliwości wykonywania jéj z dobrym rezultatem, lecz jéj sam nie robi, a w Wiedniu podobno kilkakrotnie w klinikach Ultzmanna i Dittla uskuteczniona, nie wiedzieć czy się przyjmie. Pozostają zwątpiałe przypadki uporczywéj *cystitis*, które żadnym z przytoczonych sposobów leczyć się nie dają, a choremu z powodu wyniszczenia, zupełnéj anuryi lub innych przyczyn, śmiercią grożą. Te leczą się czysto operacyjnym sposobem albo przez t. zw. *punctio alta*, albo *per urethrotomiam externam.* Utworzenia fistuły przez przebicie prostaty od strony kiszki stolcowéj wcale teraz nie praktykuje się z powodu absolutnéj niemożności traktowania ściśle przeciwgnilnego rany w tém miejscu. *Dr. Wiczkowski.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Könen: O szerzeniu się krzywicy pod względem geograficznym.

W rozprawie inauguralnéj napisanéj pod kierunkiem Bollingera dochodzi K. do następnych wniosków: Krzywica jest chorobą północnéj kuli, przypadki bowiem na południowéj półkuli są rzadkiemi. Na północnéj półkuli mieszkańcy strefy umiarkowanéj szczególniéj chorobie ulegają. K. zgadza się ze zdaniem Hirscha, że wpływy klimatyczne w etyjologii krzywicy wielką grają rolę, równie jak ze zdaniem Maffeiego, że częstość krzywicy zostaje w odwrotnym stosunku do wzniesienia nad poziom morza. Przyznaje jednak ważny udział w powstawaniu choroby wadliwéj higijenie.

Głównie zdarza się krzywica w wielkich miastach, a w nich znów w dzielnicach nadrzecznych i wylewami nawiedzanych. Częste pojawianie się krzywicy na wiosnę i w lecie należy z największém prawdopodobieństwem w ten sposób tłumaczyć, iż utajone początki i powolne wzmaganie się choroby odnieść należy do zimy, w czasie któréj stosunki dzieci, zwłaszcza w klasach niższych, są gorsze niż w ciepłéj porze roku.

Z topograficznych stosunków wynika nakoniec, że związek między krzywicą z jednéj strony, a kiłą, zolzami, zimnicą z drugiéj strony, nie daje się utrzymać, bo w krajach, w których jedna choroba jest nadzwyczaj częstą, druga mało lub całkiem się nie zdarza. *(Mitth. d. V. d. Aerzte.* 1887 Nr. 9).

Dr. Grabowski.

○ W sprawie organizacyi służby zdrowia w gminach. JE. p. Minister spraw wewnętrznych wystosował do JE. p. Namiestnika Galicyi w d. 6 kwietnia r. b. do l. 6051 rozporządzenie następującéj treści:

Rozporządzeniem z dnia 3go grudnia 1873 l. 19,602 wniesiono do Sejmu w celu przeprowadzenia §. 5 państwowéj ustawy zdrowia z 30 kwietnia 1870 Dz. pp. Nr. 68 ze strony Rządu projekt ustawy krajowéj dotyczącéj organizacyi służby zdrowia w gminach. Mimo, że wiele lat od tego czasu upłynęło, nie uregulowano dotąd w kraju Pańskiemu zarządowi poruczonym gminnéj służby zdrowia odpowiednio do wzmiankowanych prawnych postanowień.

Sposobowi zatém przeprowadzenia postanowień zawartych w §§ 3 i 4 ustawy państwowéj co do obowiązków zdrowotnych gminy we własnym i poruczonym zakresie działania brak jeszcze zawsze pewnéj i trwałéj podstawy, co wpływa też jak najszkodliwiéj na wykonywanie nadzoru nad ogólnym stanem zdrowia, zawarowanego dla zarządu państwa w wymienionéj ustawie państwowéj, a mianowicie w §§. 1, 2 i 8.

W szczególności okoliczność, że prawnie nie jest zapewnioném współdziałanie lekarskich organów zawodowych przy spełnianiu czynności zdrowotnych gminom przekazanych ma ten skutek, że sprawy zdrowia z widoczną szkodą publicznego zdrowia, fizycznego rozwoju, a w dalszym rzędzie materyjalnego dobrobytu ludności i siły obronnéj państwa często bywają zaniedbywane lub niedostatecznie spełniane nawet w takich gminach, w których nie brak lekarzy. Brak ten prawnéj organizacyi gminnéj służby zdrowia utrudnia również i tak już w dzisiejszych stosunkach trudne do osiągnięcia osiedlanie się lekarzy po gminach wiejskich, przez co ludność nawet takich okolic, dla których przy organizacyi zapewniającéj lekarzom odpowiedni zakres działania mo żnaby pozyskać lekarzy, pozbawioną jest dobrodziejstwa leczniczéj pomocy lekarskiéj. Tym jawnym niedostatkom może pożytecznie zapobiedz w pierwszym rzędzie ustawodawcze uregulowanie gminnéj służby zdrowia w myśl §. 5 państwowéj ustawy zdrowia.

Reprezentacyje krajowe w Dalmacyi, Istryi, na Morawie, w Karyntyi, w Tyrolu i Vorarlbergu uznały też w istocie konieczność ustawodawczego uregulowania gminnéj służby zdrowia i wydano też w pomienionych krajach krajowe ustawy zdrowia,

których przeprowadzenie doprowadziło już, zwłaszcza na Morawie, do pożądanego postępu na polu publicznego zdrowia, a zwłaszcza co do znacznego obniżenia się śmiertelności z chorób zakaźnych w skutek doskonalszego tępienia zarazków przez ustawę osiągniętego.

Ścisły wzajemny związek między zdrowotnemi stosunkami pojedynczych krajów, konieczna potrzeba jednolitego rozwoju zdrowotnych instytucyj we wszystkich królestwach i krajach tej połowy państwa, uzasadniona w ustawie państwowej z dnia 30 kwietnia 1870 r., peryjodycznie powtarzająca się groźba epidemij, których skuteczne odparcie polega na dobrze urządzonej i ściśle kierowanej gminnej służbie zdrowia, wreszcie we wstępie uwydatniona ważność starannej pieczy nad sprawami zdrowia dla fizycznego powodzenia ludności, a przeto tak dla kraju jak i państwa, nie zezwalają na to, aby ustawodawcze uregulowanie gminnej służby zdrowia w myśl § 5 państwowej ustawy zdrowia w krajach, w których ona jeszcze nie istnieje, pozostawiono dłużej przypadkowym dyspozycyjom i prądom. Zamierzam przeto na najbliższej sesyi odnośnych sejmów wnieść ponownie jako przedłożenie rządowe projekt ustawy krajowej co do organizacyi służby zdrowia w gminach.

Aby jednak projekt ten odpowiadał szczegółowym stosunkom kraju przez Pana zarządzanego i uprawnionym życzeniom z kompetentnej strony głośno słyszeć się dającym, mam zaszczyt powierzyć Panu podjęcie natychmiastowe prac przygotowawczych potrzebnych do tego projektu ustawy, przeprowadzenie odpowiednich dochodzeń, porozumienie się z Wydziałem krajowym, jak również ułożenie z jego współudziałem lub ewentualnie samodzielnie z możliwym pośpiechem dotyczącego projektu, który wraz z opiniją krajowej Rady zdrowia, z dołączeniem aktów obrad proszę mi do zbadania, a ewentualnie zatwierdzenia, wcześnie, t. j. najpóźniej po koniec lipca r. b., przedłożyć.

Za podstawę przy opracowaniu tego projektu może w ogóle służyć pierwsze przedłożenie rządowe przesłane z rozporządzeniem z d. 3 grudnia 1873 l. 19,602 z uwzględnieniem ustaw krajowych, jakie od tego czasu do skutku przyszły w Karyntyi (Dz. rozp. kraj. z 1884 Nr. 7), Tyrolu (Dz. ust. kraj. z 1885, Nr. 1), a zwłaszcza na Morawie (Dz. ust. kraj., 1884, Nr. 28 i 67, oraz Nr. 12 z 1886 r.).

Co się tyczy zaproszenia mającego się wystosować do Wydziału krajowego o udział przy układaniu ustawy, należy temuż wyżej wymienione konieczne powody wymagające rychłego dojścia do skutku ustawy krajowej przedstawić, a zarazem usunąć te zarzuty, jakie za pozór odmowy rozpoczęcia układów co do ustawodawczego uregulowania gminnej służby zdrowia podawano. Co do wielokrotnie objawianej obawy, że organizacyja gminnej służby zdrowia na zasadzie ustawy krajowej nie zdoła zapobiedz brakowi lekarzy po wsiach, który tamuje wykonywanie służby zdrowia po gminach, można wskazać na to, że organizacyja gminnej służby zdrowia w drodze ustawodawczej, jak to na Morawie i w Karyntyi w wielu razach uwydatniło się, przyczynia się do popierania osiedlania się lekarzy po wsiach, a przez to do odpowiedniego rozdziału lekarzy po kraju.

Organizacyi zdrowotnej przypada jeszcze inne dalsze, dotąd często zaniedbywane zadanie zapewnienia w myśl ustawy państwowej pieczy zawodowej nad gminnemi sprawami zdrowia, przynajmniej tam, gdzie można mieć współudział lekarzy, a to ma miejsce w największej części kraju.

Co się tyczy zarzutu podawanego również za powód odpornego zachowania się w obec gminnej organizacyi zdrowotnej, a mianowicie rzekomo wysokich kosztów tejże, to należy nadmienić co następuje.

Ogółu wydatków wynikającego z przeprowadzenia prawem przepisanego wykonywania gminnej służby zdrowia nie można w żaden sposób poczytywać za nowy ciężar nałożony na gminy i ludność. Wykonywanie postanowień §§. 3 i 4 państwowej ustawy zdrowia z 30 kwietnia 1870 dz. pp. Nr. 68 jest z ustawy wynikającym obowiązkiem gmin, który zupełnie nie zostaje zniesionym ani zmniejszonym, gdy reprezentacyja kraju usuwa się od spełnienia zadania, nałożonego w §. 5 namienionej ustawy co do ustawodawczego uregulowania pod względem formalnym służby zdrowia, przez co gminom spełnienie prawnie im nałożonego obowiązku co do wykonywania służby zdrowia ma być ułatwionem.

Wykonywanie służby zdrowia w gminach może zatem jedynie wtedy nie sprawiać kosztów, jeżeli bywa zaniedbywane i gdy władze nie spełniają obowiązku swego pod względem zmuszania gmin do wykonywania służby zdrowia, stosownie do postanowień ustawy gminnej. Co się tyczy większego wydatku, jaki pociąga za sobą ustawodawcze uregulowanie tej służby zdrowia w porównaniu do nieuregulowanego wykonywania tejże, to można go jedynie, pomijając jednolity rozdział wydatków zdrowotnych, uwzględniając pożytek ztąd dla ogółu wynikający i obowiązujące ustawodawstwo, poczytywać równie za produktywny nakład, jak za wydatek z ustawy koniecznie wynikający. Nie będzie zapewne rzeczą trudną dla WPana dostarczyć reprezentacyi krajowej przekonywającego materyjału, opartego na aktami udowodnionych spostrzeżeniach co do obecnego stanu zdrowia w gminach, jak również materyjału odnoszącego się do donośnych skutków zaniedbania obowiązków zdrowotnych, a któryto materyjał zdoła ujawnić konieczność ustawodawczego uregulowania gminnej służby zdrowia. Pod tym względem wskazuję na treść tutejszych rozporządzeń z 13 grudnia 1886 l. 21,553 i 7go marca 1887 Nr. 3098.

Sądzę, iż mogę być pewnym, że WPan nie omieszkasz także osobiście poprzeć pomyślny rozwój i ukończenie tej nader ważnej sprawy i podtrzymać gorliwość organów, którym poruczone zostanie przeprowadzenie odnośnych prac, tak co się tyczy wykończenia ich na czas, jak również gruntownego ich przeprowadzenia.

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem Krakowskiém Cz. XI z 1887 r. wydana i rozesłana 30 kwietnia 1887 zawiera pod L. 37 rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z d. 18 marca r. b. L. 14.081 tyczące się ugody między rządami królewsko-wirtemberskim i c. k. austro-węgierskim względem uznania ważności paszportów wzajemnie wystawionych dla przewozu zwłok. Umowa zawarta w tym względzie, której szczegóły podaje wyż wspomniane rozporządzenie, obowiązuje od 1 marca rb.

* Galicyjska Dyrekcyja poczt i telegrafów ogłasza, że od 1 kwietnia po koniec września r. b. jezdne za jednego konia i jeden miriametr wynosić będzie w dawniejszych obwodach: krakowskim, rzeszowskim, sądeckim, sanockim i wadowickim 1 złr. 2 ct. ekstrapocztą a 0·85 pocztą zwyczajną, w tarnowskim i żółkiewskim 0·98 wzgl. 0·82, w czortkowskim, kołomyjskim, samborskim, stryjskim 0·95, wzgl. 0·79, w brzeżańskim, lwowskim, stanisławowskim, tarnopolskim 0·94 wzgl. 0·78, w przemyskim i złoczowskim 0·90 wzgl. 0·75. Należytość za wóz kryty wynosi połowę, za niekryty $^1/_4$ część jezdnego.

— Towarzystwo kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie ogłosiło właśnie zdanie sprawy ze swych czynności w r. 1886, z którego wyjmujemy następujące szczegóły. Towarzystwo pielęgnowało 40 dzieci szkolnych w kolonijach urządzonych dla chłopców w Rudawie a dla dziewcząt w Siedlcu. W żywieniu trzymano się wzoru warszawskiego. W roku 1885 odniosły z pobytu w kolonijach wakacyjnych dziewczęta znacznie większą korzyść niż chłopcy, a tylko ta była różnica w pielęgnowaniu, że na próbę przeprowadzono u dziewcząt leczenie wodami mineralnemi, mianowicie jodową iwonicką i żelezistą francensbadską *Stahlquelle*. To skłoniło komitet kolonijami zarządzający do użycia w r. 1886 u wszystkich dzieci, które tego potrzebowały, wód mineralnych udzielonych, co z uznaniem i wdzięcznością podnieść tu wypada, przez Zarząd iwonicki po cenie bardzo zniżonej, przez Dra E. Cartellierego zaś we Francensbadzie zupełnie darmo.

Otóż wyrażając wysokość, ciężar ciała i siłę dzieci przed wyjazdem do kolonij w r. 1886 liczbą 100 wypada oznaczyć przy powrocie do domu następującemi liczbami:

	u chłopców	u dziewcząt
Wysokość	100·40	100·31
Ciężar ciała	105·77	105·56
Siłę	122·81	126·40.

Z tego nie można jeszcze wnosić na pewne, że wody mineralne były przyczyną tego wyrównania się wpływu kolonij wakacyjnych na chłopców i na dziewczęta, co do tego potrzeba daleko większych dat statystycznych, ale w każdym razie to przynajmniej nie ulega wątpliwości, że leczenie wodami mineralnemi po raz pierwszy, ile nam wiadomo, w zwykłych kolonijach wakacyjnych

tu zastosowane nie przedstawia w praktyce żadnych trudności. Byłoby też rzeczą bardzo pożądaną, aby i w innych kolonijach, np. urządzanych z taką starannością dla dzieci warszawskich, przeprowadzono tak samo leczenie wodami mineralnemi, a wtedy na podstawie dużych dat statystycznych można będzie ocenić dokładnie znaczenie wód mineralnych dla kolonij wakacyjnych.

○ Rada związkowa Cesarstwa niemieckiego zatwierdziła projekt ustawy co do używania zdrowiu szkodliwych barw śród przyrządzania pożywek i używek, oraz przedmiotów do użytku. Projekt ten został przedłożonym parlamentowi.

○ Stosunki śmiertelności lekarzy niemieckich. Z dat gotajskiego Banku ubezpieczeń na życie obliczono, że śmiertelność lekarzy przekracza w każdym wieku śmiertelność ogółu zabezpieczonych w tym banku i to o 11·53%. Przyczynami śmierci przeważającemi wśród stanu lekarskiego są choroby dróg oddechowych (łącznie z suchotami), choroby zakaźne i udar.

Pomiędzy chorobami zakaźnemi dur, który zwłaszcza pomiędzy młodszemi znacznie wyższą śmiertelność zrządzał, przeważał szczególnie nad śmiertelnością z tej choroby u ogółu zabezpieczonych w ogóle, do zamożniejszych klas ludności należącego. Ile było przypadków duru plamistego pomiędzy licznemi (115) przypadkami duru, nie dało się na pewne wykazać. Na uwagę zasługuje, że na 1052 przypadków śmierci tylko jeden był z zakażenia trupiego, zapisano atoli 9 innych przypadków zatrucia krwi pomiędzy śmiercią zakończonemi chorobami zakaźnemi, obok tego 8 przypadków róży. Większa częstość udaru u lekarzy w porównaniu do reszty zabezpieczonych występuje już od 36 r. życia, najwybitniejszą była różnica między 36tym a 60tym r. życia.

Przez samobójstwo i uległnięcie przypadkowi zginęło z powyższej liczby ogólnej 18 lekarzy (14 wzgl. 4), gdy wnosząc z ogólnych spostrzeżeń banku na te przyczyny śmierci winnoby przypadać więcej niż 30 przypadków. *(Münch. med. Wochschrft.* 1887, Nr. 19).

○ Monti zamieszcza w *Archiv f. Kndrhkunde* T. VIII rozprawę o lekarsko-policyjnym nadzorze nad mamkami. Podaje on najpierw przegląd przepisów i urządzeń, jakie w tym względzie istnieją we Francyi, Niemczech i Austryi, przyczem przychodzi do wniosku, że sprawa ta w samym początku była w Austryi skutecznie uregulowaną, niestety później zaprowadzone reformy i zmiany sprawiły, że dziś obowiązujące postanowienia co do nadzoru nad mamkami z wyjątkiem zakładu mamek w c. k. zakładzie podrzutków i jednego w Wiedniu istniejącego zakładu prywatnego, zwłaszcza co do stręczycielek mamek są niedostateczne i nie zabezpieczają od niebezpieczeństw i szkód wynikających dla ludności z tego nieuregulowanego stanu. Wprawdzie tak niemiecka jak i austryjacka ustawa o służących zawierają surowe przepisy przeciw mamkom zarażonym chorobami zaraźliwemi, postanowienia atoli te mimo swej surowości nie dają z jednej strony ochrony w tych przypadkach, w których mamki *bona fide* i bez wiedzy o swem cierpieniu, jak to najczęściej ma miejsce, do służby się godzą, a z drugiej strony pozostają dzieci bez ochrony, gdy badanie podejmowały osoby niepowołane, a w ten sposób skazy jak zołzy, grużlica, kiła i t. d. przeniesionemi być mogą. Autor przemawia następnie za obowiązkowem lekarskiem badaniem mamek i kończy podaniem ustawy złożonej z 13 paragrafów, która w ogólności zdołałaby zabezpieczyć od groźnego niebezpieczeństwa i zasługuje na uwagę władz lekarskich.

○ Długotrwająca epidemija *Dermatomycosis tonsurans* w Berlinie. Od 3ch czy 4ch lat trwa w Berlinie epidemija *Dermatomycosis tonsurans*, (której najcięższą postacią *Sycosis parasitaria*). W klinice chorób skórnych Köbnera przypadki tej choroby, w małej tylko liczbie u kobiet i dzieci, wynosiły 8·7% wszelkich chorych skórnych. Cechowi balwierskiemu zapytującemu go o radę, doradził Köbner wyparzenia brzytew i pędzli, używania odrębnych dla każdego dającego się golić pędzli i puszków do pudru, jak również czystego ręcznika, a nadto wydalania każdego podejrzanym wyrzutem dotkniętego z balwierni i odesłania go do lekarza. Rady te nie znalazły powszechnego zastosowania, dla tego nie wpłynęły na zmniejszenie się liczby przypadków chorobowych przynajmniej w poliklinice. Celem zbadania skuteczności niektórych środków pasorzytobnych poddawano czyste hodowle *Trichophyton tonsurans* na Agar-agar wpływowi takich środków (10% spirytus pyrogalusowy, 15% maść naftalowa, 10% i 5% spirytus salicylowy) przez 3—4 godzin, a potem szczepiono je na skórze lub na agar-agar. Na skórze tylko próba poddana wpływowi 10% spirytusu salicylowego dała dodatni wynik, rozwinęła się typowo *Sycosis parasitaria* na piersiach. Robiono dalej próby z 10% maścią chryzorabinową i 4% olejem karbolowym. W trzecim szeregu doświadczeń wystawiano czyste hodowle na wpływ ¼% wodnego rozczynu sublimatu przez 10 minut, a także na wpływ wyżej wymienionych środków przez czas dłuższy. Wpływowi sublimatu poddane kawałki nie sprawiały na agar-agar bujania grzybków a wpływowi 10% spirytusu salicylowego bujania *trichophyton*, ale rozwijały się różne inne drobnotwory. Z doświadczeniami w praktyce zgadzały się wyniki doświadczalne jedynie co do sublimatu, bo rozczynami ¼—1% udawało się zawsze opanować przynajmniej powierzchowne cierpienia. Bardzo skutecznemi okazały się też pędzlowania olejem terpentynowym czyszczonym, występowały jednak po nich silne objawy zadrażnienia. Resorcyn był bez skutku. Skutek wszystkich używanych środków polega na odłuszczaniu przyskórka z znajdującemi się w nim grzybkami. Do przyspieszenia wessania nacieków przy *Sycosis parasitaria* okazały się skutecznemi okłady hydropatyczne lub okłady z 4% olejem karbolowym. Koniecznem wreszcie jest wyrywanie włosów; golenia zaś należałoby zakazać, bo ono sprzyja tylko szerzeniu się mykozy. (*Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oosterr.* 1887, Nr. 9).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37·0. Z błonicy i dławca umarło 5 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (2 z. t.); z grużlicy 14 (12 z. t.); z zapalenia płuc 8 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 3 duru brzusznego, 3 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 17—23 kwietnia umarło z ospy: w Warszawie 7, w Wiedniu 5, w Budapeszcie 9, w Pradze 5, w Rzymie 12, w Paryżu 10, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło we Lwowie 3, w Drohobyczu 2, w Kołomyi 1, w Czerniowcach, Warszawie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 27, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Kołomyi, w Stanisławowie 1, w Mnichowie 18, w Wiedniu 12, w Paryżu 71, w Londynie 95, w Stokholmie 10. Z płonicy umarło w w Londynie 17, w Petersburgu 16.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,2; we Lwowie 39,2; w Brodach 43,2; w Drohobyczu 30,2; w Kołomyi 34,1; w Przemyślu 41,1; w Stanisławowie 27,6; w Tarnopolu 36,2; w Tarnowie 20,3; w Czerniowcach 29,0; w Warszawie 23,3; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 34,1; w Salcburgu 42,6; w Gracu 36,7; w Tryjeście 27,5; w Insbruku 35,1; w Pradze 38,4; w Bernie 43,0; w Ołomuńcu 43,5; w Opawie 28,2; w Berlinie 21,7; we Wrocławiu 30,7; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 25,2; w Hamburgu 25,5; w Kolonii 25,9; w Lipsku 19,1; w Mnichowie 32,1; w Amsterdamie 24,0; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 38,0; w Chrystyjanii 16,7; w Kopenhadze 19,0; w Londynie 18,9; w Odesie 23,6; w Paryżu 28,1; w Petersburgu 33,6; w Rzymie 31,4; w Stokholmie 22,5, w Wenecyi 30,0.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. Po zamknięciu Nru przeszłego otrzymano w Krakowie telegraficzną wiadomość o śmierci Billrotha; na szczęście w sobotę wiadomość tę odwołano. Dowiedzieliśmy się wtedy, że znakomity chirurg wiedeński od kilkunastu dni jest chorym, że cierpi zapalenie płuc, które w piątek d. 20 bm. istotnie stało się tak groźnem, że obawiano się śmierci bliskiej. Tymczasem w sobotę nastąpiło lekkie polepszenie, które odtąd ciągle, acz zwolna, postępowało, tak że według ostatnich wiadomości jest nadzieja, że zasłużony profesor, liczący dopiero lat 58, zdrowie odzyska.

* Dr. Soudermayer, operator kliniki chirurgicznej, praktykować będzie w bieżącym sezonie w Iwoniczu.

* Dr. Jugendfein, wychowaniec naszego uniwersytetu, osiadł jako lekarz zdrojowy w Karlsbrunn na Szląsku austryjackim.

* W miasteczku wschodniéj Galicyi ma być obsadzoną posada lekarza miejskiego. Dochody stałe wynoszą około 1000 złr.; bliższych wyjaśnień udziela Dr. Schaitter w Krakowie.

* **Lwów.** Dowiadujemy się z *Przewodnika gimnast.*, że dzięki usiłowaniom Wydziału filozoficznego wykładaną będzie począwszy od półrocza zimowego w Uniwersytecie lwowskim higijena, przedewszystkiém dla kandydatów stanu nauczycielskiego. Wykładać będzie Dr. J. Merunowicz, lekarz powiatowy i sekretarz bióra sanitarnego w Namiestnictwie, b. asystent kliniki lekarskiéj krakowskiéj i autor licznych prac w dziedzinie fizyjologii i medycyny wewnętrznéj, a stosunki zdrowotne kraju naszego z własnego doświadczenia dobrze znający. Uniwersytetowi lwowskiemu tak inicyjatywy w tym kierunku, jakotéż pozyskania tak dzielnego nauczyciela powinszować tylko możemy.

* W Cieplicach czeskich bawiło dotąd gości 450.

○ **Warszawa.** W dniu 21 b. m. otwartą została Wystawa higijeniczna, któréj otwarcie według pierwotnego planu miało nastąpić 15 bm. Wszystkie dzienniki zamieszczają opisy jéj dowodzące, że powiodła się tak, iż nawet sfery zamiarowi urządzenia jéj nieprzychylne albo dla niego obojętne, muszą teraz uznać zasługę jéj inicyjatorów i twórców, za których głównie uznać wypada Dra. L. Polaka i inżynijera Grotowskiego. Wystawa trwać ma do 1 lipca r. b.

* **Paryż.** Na mocy dekretu Ministra handlu i przemysłu zakład Pasteura uznany został za publiczny a Pasteur mianowany dożywotnim jego dyrektorem. Rada Stanu wyznaczyła nadto dla zakładu tego wydział administracyjny, złożony z 11 członków.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Proff. Westphal i Henoch z powodu słabości otrzymali urlop przez lato. — **Giessen.** Katedrę położnictwa otrzymał asystent prof. Schrödera Dr. Hofmeier z Berlina. — **Insbruk.** Kliniką położniczą po przeniesieniu prof. Schauty do Pragi kieruje zastępczo asystent jego Dr. Torggler. — **Budapeszt.** Docenci prywatni Jendrassik (dla neuropatologii) i Moravcsik (dla psychijatryi) otrzymali potwierdzenie Ministerstwa. — **Charków.** Prof. med. sądowéj Anrep porzucił swoją katedrę i przyjął posadę sekretarza Rady lekarskiéj w Petersburgu. — **Petersburg.** Dr. Sigrist habilitował się jako docent medycyny wewn. w Akademii wojskowo lek.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Grzegórz Jarosław Turzański, rodem ze Lwowa, Jakób Maurycy Bendel rodem ze Lwowa i Tomasz Wojnarski z Pobiednika w Król. Pol.

* **Nekrologija.** W Edymburgu umarł profesor fizyjologii Eben-Watson. — W Paryżu umarł b. dziekan Wydziału prof. Vulpian w 61 roku życia skutkiem zarażenia się przy sekcyi. Urodzony w r. 1826, mianowany w r. 1867 prof. anatomii patologicznéj, w r. 1872 patologii doświadczalnéj, w r. 1875 dziekanem Wydziału, a w r. 1876 członkiem Akademii.

W Pradze czeskiéj umarł prof. Józef Hamernik. Urodzony d. 18 sierpnia 1810 r., był w r. 1841 sekundaryjuszem Oppolzera w prażskim szpitalu powszechnym, w r. 1845 prymaryjuszem, a w r. 1849 profesorem zwyczajnym kliniki lekarskiéj w Pradze; w r. 1853 z posady téj usunięty przez ministra Thuna żył w Pradze jako lekarz praktyczny. Liczne są jego prace fizyjologiczne i kliniczne.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 21: Ołtuszewski: Połowiczny zupełny paraliż krtani powikłany paraliżem nn. mózgowych; Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof. Obalińskiego w Krakowie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Biegańskiego: Moczopędne działanie przetworów rtęci (dok.); Zawisza: Przypadek długotrwałéj gorączki o typie przepuszczającym.

Redakcyja otrzymała:

C. k. Zakład wodoleczniczy w Krynicy. Sprawozdanie za rok 1886 i opis Zakładu przez Dra H. EBERSA, in 8vo, 6.

Sprostowanie. Na str. 275 w. 14 zamiast Mather ma być Mathis, str. 276, 1, w. 24 zam. Felinga ma być Tilinga, str. 277, 1, w. 17 zam. Blandlot ma być Blondlot.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.